

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

292

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1905, à 1 heure

PAR

Léonard de SAINT PAUL

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Licencié ès-sciences
Pharmacien de 1^{re} classe des Faculté et Ecole de Paris

Etude de trois cents cas de Scarlatine

observés

à l'Hôpital des Enfants-Malades

(Année 1903)

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. DE LAPERSONNE, professeur} \\ \text{THIROLOIX, agrégé} \\ \text{MÉRY, agrégé.} \end{array} \right.$

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
Maladies des enfants		DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.
Clinique chirurgicale	}	GAUCHER.
		RAYMOND
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	Vaquez
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Etude de trois cents cas de scarlatine
observés
à l'Hôpital des Enfants-Malades
(Année 1903)

AVANT-PROPOS

Nous devons l'idée de ce travail à notre maître M. le Dr Richardière qui nous donna des indications, des renseignements et voulut bien nous laisser prendre toutes les observations. Pendant notre externat dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades, nous n'avons cessé de profiter de ses conseils. Nous sommes très heureux de lui exprimer notre profonde gratitude.

Arrivé au terme de nos études médicales nous tenons à exprimer nos remerciements sincères à tous nos maîtres dans les hôpitaux, en adressant un hommage respectueux à la mémoire de ceux qui sont disparus.

Nous avons été stagiaire :

1^o Dans le service de M. le D^r Barié, médecin à l'hôpital Laënnec ;

2^o Dans le service de M. le professeur Tillaux, Clinique chirurgicale de la Charité.

Nous avons été externe :

1^o Chez M. le D^r Gilles de la Tourette, médecin à Saint-Antoine ;

2^o Chez M. le D^r Maygrier, service d'accouchement de la Charité ;

3^o Chez M. le D^r Moutard-Martin, médecin à la Charité ;

4^o Chez M. le D^r Richardière, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous remercions aussi tous ceux qui, à un titre quelconque, ont contribué à former notre éducation médicale dans les différents cours complémentaires que nous avons suivis, notamment :

1^o Cours pratique de petite chirurgie à la clinique de la Charité ;

2^o Cours pratique de dermatologie et de syphiligraphie à Saint-Louis, enseigné par les maîtres de cette école et sous la direction de M. le professeur Gaucher ;

3^o Cours de médecine opératoire spéciale à la Faculté par M. le D^r Veau, prosecteur ;

4^o Cours pratique de neuropathologie à la Salpêtrière.

C'est un devoir pour nous de remercier particulièrement M. le D^r Veau qui nous a toujours mon-

tré tant de bienveillance alors que nous étions élève de son pavillon à l'école pratique.

A nos professeurs de la Sorbonne et de l'école de pharmacie nous adressons un souvenir ému.

M. le professeur Hutinel a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, qu'il nous soit permis de lui adresser nos plus vifs remerciements.

L. DE SAINT-PAUL.

A MON ÉPOUSE

Tu sais combien j'ai le respect du maître et tu comprends avec quel plaisir je viens de remplir un devoir que la tradition seule indiquerait. Mais, en outre, j'ai à cœur de ne pas oublier que tu as été le témoin de mes derniers efforts ; je connais la résignation que tu as apportée dans l'attente du but poursuivi. Puisse ce dernier témoignage de mes études achevées être pour toi, au nom de notre affection commune pour notre enfant chérie, le prélude d'un peu de satisfaction. Pour nous deux je remercie nos parents, nos amis, en un mot tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont suivi et m'ont soutenu de leurs encouragements. Puisse aussi ma thèse être un hommage rendu à la mémoire des affections que la mort m'a enlevées.

L. DE SAINT-PAUL.

PRÉFACE

Notre travail est l'étude clinique des cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1903. Ce service était dirigé par notre maître M. Richardière dont nous avons été l'externe pendant l'exercice 1902-1903. Nous avons été attaché en cette qualité au pavillon de la scarlatine pendant la première partie de l'année 1903. M. Richardière nous a conseillé ce sujet dès notre arrivée au service de la scarlatine. Nous avons recueilli nous-même, avec notre collègue, M. Laurent, beaucoup d'observations ; laissant à nos successeurs le soin de continuer la tâche entreprise lorsque nous avons quitté ce service. A la fin de l'année, M. Richardière nous a confié tous les documents concernant son service de scarlatine et nécessaires pour l'étude que nous entreprenions sur ses conseils. Nous avons colligé et étudié le mieux que nous avons pu tous ces documents, ce qui nous a conduit à constater tous les faits que nous essayons de rapporter ; nous avons complété notre travail de la bibliographie qui nous a paru nécessaire à notre exposé et utile à nos affirmations.

Nous avons entrepris notre besogne de tout cœur, nous pouvons le déclarer sincèrement ; nous serions

heureux si notre essai pouvait répondre un peu à l'attente de notre maître M. Richardière et s'il pouvait y constater que ses conseils ont été écoutés avec quelque profit.

Avant d'entrer en matière, nous croyons utile de présenter un aperçu d'ensemble sur la tentative que nous avons faite afin de bien montrer la division du travail :

1^o Il nous a paru bon de commencer par dire quelques mots sur le pavillon Trousseau et son organisation (le pavillon Trousseau est celui qui est affecté au service de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades). C'est l'objet du chapitre I.

2^o Un travail comme le nôtre est bien fait pour montrer l'importance et l'intérêt qu'il y a à recueillir les observations avec soin. Nous avons voulu indiquer notre avis sur ce point et donner quelques indications à ce sujet. C'est l'objet du chapitre II ;

3^o Au chapitre III, nous faisons la statistique des entrées. Elle nous permet de constater les âges des enfants et les mois de l'année où il y a eu le plus de cas de scarlatine dans le service ;

4^o Au chapitre IV nous présentons la statistique de notre mortalité. Cette statistique accuse une moyenne de 10,6 o/o. Nous étudions les causes qui ont eu la plus grande influence sur cette mortalité : nos décès sont causés par des complications dues à des infections secondaires, pas de néphrites grâce à une hygiène imposée et ponctuellement suivie par les scarlatineux. C'est là, croyons-nous, une consta-

tation fort intéressante. Nous sommes aussi bien convaincu du rôle important que l'antisepsie médicale doit avoir dans la pratique. Grâce à ces deux facteurs (l'hygiène spéciale et l'antisepsie médicale) convenablement mis en jeu, on peut arriver à abaisser d'une façon sensible le taux de la mortalité chez les scarlatineux ;

5° Le chapitre V est surtout une étude, faite avec les observations de notre collection, sur la contagion et les différentes périodes de la scarlatine ;

6° Au chapitre VI nous étudions la marche de la température dans la scarlatine. Nous considérons les scarlatines normales, mais surtout nous exposons les formes apyrétiques et hyperthermiques que nous avons rencontrées. Nous disons quelques mots sur la balnéation, notamment à propos des hyperthermies ; nous essayons de montrer la pratique qui a été suivie par notre maître dans son service à cet égard ;

7° Le chapitre VII a pour objet l'étude des complications qui ont été observées pendant l'année. Elles sont envisagées dans douze paragraphes distincts.

Notre étude nous a donné l'occasion de discuter avec soin la question de la coïncidence de la diphtérie avec la scarlatine à son début ; nous faisons remarquer particulièrement ce passage.

Nous croyons aussi devoir signaler spécialement une autre complication : le phlegmon de l'orbite ;

8° Au chapitre VIII nous disons un mot sur la

question des récidives et nous exposons les cas de rechutes qui ont été signalés ;

9° Nous consacrons un court chapitre pour la diazoréaction d'Ehrlich. C'est l'objet du chapitre IX ;

10° Le chapitre X est intitulé : *Diagnostic*. Ce chapitre a simplement pour objet de signaler les cas concernant des enfants envoyés à tort au service de la scarlatine par suite d'erreurs de diagnostic. Ces erreurs de diagnostic sont dues surtout aux érythèmes scarlatiniformes et au rash prévaricellique ;

11° Nous nous sommes cru obligé de parler, pour terminer, du traitement et de la prophylaxie. C'est l'objet du chapitre XI.

Nous présentons ensuite les observations convenablement choisies dans notre collection et qui sont nécessaires à l'appui de tous les faits que nous avons communiqués. Ces observations sont au nombre de quatre-vingt-dix-neuf. Nous pouvons y ajouter une autre observation publiée au chapitre II comme exemple utile à notre démonstration dont ledit chapitre est l'objet. Nous publions donc en tout cent observations.

Enfin dans une courte déduction, nous nous expliquons sur l'utilité, à notre avis, de notre travail et sur sa participation au point de vue des conclusions et des faits qui peuvent être ou qui pourraient être par la suite définitivement acquis pour la science. Nous faisons ressortir les points qui, nous semble-t-il, constituent les particularités plutôt spéciales de notre travail.

Ajoutons que chacun de nos articles est suivi d'un court résumé destiné à rendre plus évidents les faits qui s'en dégagent et à faire ressortir davantage les diverses conceptions auxquelles notre étude peut donner lieu.

CHAPITRE I

LE PAVILLON TROUSSEAU

A

L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Le pavillon spécialement affecté au service de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades porte le nom de *Pavillon Trousseau*.

Il a été construit en 1882, ainsi que l'indique une plaque commémorative apposée sur le bâtiment. C'est un rez-de-chaussée composé d'un corps central flanqué de deux ailes latérales contiguës le débordant en avant et en arrière de telle sorte que la construction rappelle assez bien dans son ensemble la forme de la lettre H.

La grande ligne transversale du bâtiment mesure trente-cinq mètres approximativement ; on peut estimer la longueur des ailes latérales à vingt-cinq mètres environ.

En avant, le bâtiment donne sur une allée spacieuse plantée d'arbres qui conduit à la salle d'autopsie ; en arrière on a jour sur un terrain vide,

dont un grand espace, attenant au bâtiment, est un gazon touffu avec une corbeille de fleurs au milieu ; sur les côtés le bâtiment est aussi amplement dégagé : aucune construction voisine.

L'isolement du pavillon Trousseau est donc bien réalisé.

Le bâtiment est orienté suivant sa grande ligne transversale du sud-ouest au nord-est ; les deux ailes latérales se trouvent alors orientées du sud-est au nord-ouest.

Nous savons :

1^o Que toute habitation doit recevoir la lumière directe du soleil une partie de la journée ;

2^o Que la meilleure disposition qui permet une répartition égale de l'ensoleillement des deux façades d'une maison est la direction du sud-nord, les deux façades étant tournées vers l'est et vers l'ouest.

Le pavillon, considérant sa conformation d'ensemble que nous avons décrite (H), a donc reçu l'orientation la plus souhaitable qu'on pouvait lui donner.

Il faut que dans une maison on soit à l'abri des variations atmosphériques, et pour répondre à cette donnée, les matériaux employés dans les constructions doivent être imperméables à l'eau et mauvais conducteurs de la chaleur. De plus les matériaux devront aussi pouvoir contribuer à purifier l'air intérieur (aération spontanée) et par conséquent il est nécessaire qu'ils soient perméables à l'air. La brique est un des matériaux les plus habituellement employés

dans les constructions ; le pavillon Trousseau est bâti en briques.

On arrive au pavillon par l'allée dont nous avons parlé, la porte d'entrée se trouve au milieu de la barre de l'H.

Entrons maintenant dans le pavillon. En arrivant sur le seuil de la porte on a devant soi les locaux affectés aux services généraux (bureau de la surveillance, cuisine, salle de bains, latrines) ; à sa droite, le service des garçons ; à sa gauche, le service des filles.

Le service des garçons et le service des filles sont, au point de vue de la disposition du local, absolument calqués sur le même plan ; une seule description nous suffira donc.

Chaque service comprend :

Une chambre d'isolement à quatre lits ;

Quatre chambres d'isolement à un et deux lits ;

Une salle des convalescents à quatorze lits.

Le cubage de place est mesuré dans ces pièces à raison de trente-neuf mètres cubes par lit.

Des fenêtres assez grandes et en nombre suffisant permettent l'arrivée de la lumière directe. On peut pratiquer largement la ventilation naturelle chaque fois que cela est possible. Chaque fenêtre est pourvue d'un vasistas et l'on peut toujours faire en sorte de régler l'aération en se tenant à l'abri du moindre inconvénient.

La lumière artificielle du soir est celle du gaz : un bec Auër par chambre d'isolement.

Pour le chauffage du service en hiver on a recours à la méthode du chauffage local ; il y a une forte cheminée par salle des convalescents (cheminée à double foyer ouvert placée au centre de la salle) ; un poêle en faïence pour deux chambres d'isolement.

Nous avons indiqué l'isolement parfait du pavillon Trousseau et parlé des chambres d'isolement à un, deux et quatre lits. Il y a une chambre d'isolement à un lit complètement séparée et chauffée par une cheminée. Les autres chambres d'isolement sont fermées par des cloisons de verre allant jusqu'au plafond. Ce sont des box clairs et dont la surveillance d'ensemble est aussi facile que s'il s'agissait d'une salle commune.

Nous voyons donc que le pavillon Trousseau, avec son site et ses box, réalise tout à fait la méthode *de l'isolement dans l'isolement*.

A son arrivée l'enfant est mis en box et y reste jusqu'au moment opportun pour lui de passer à la salle des convalescents.

Nous pouvons donc dire que le pavillon Trousseau au double point de vue de sa topographie extérieure et intérieure, se trouve dans des conditions assez satisfaisantes : on voit réalisé le principe *de l'isolement dans l'isolement*.

Cette méthode appliquée aux scarlatineux à l'hôpital des Enfants-Malades ne saurait rendre les services qu'on peut attendre d'elle que si l'antisepsie est en même temps rigoureusement appliquée.

L'antisepsie médicale, comme l'antisepsie chirur-

gicale ou obstétricale, doit être pratiquée. Aucune des précautions obligatoires ne doit être négligée : blouses spéciales affectées à chaque box, usage des antiseptiques, etc. Nous n'avons à donner ici ni les descriptions de la pratique de l'antisepsie, ni les démonstrations des immenses avantages qu'elle procure quand elle est bien faite. M. le professeur Grancher (1), M. Méry (2), pour ne citer que ces auteurs, ont promulgué dans leurs écrits les lois de l'antisepsie médicale avec preuves abondantes à l'appui. Nous renvoyons à leurs travaux. Mais il nous appartient de déclarer que l'antisepsie est rigoureusement appliquée au pavillon Trousseau ; il n'y a rien qui laisse à désirer ni dans l'agencement du matériel, ni dans l'éducation du personnel hospitalier qui comprend et fait bien son devoir. Entrer dans les multiples détails que comporterait une description du matériel, du mobilier, de la pratique antiseptique que nous avons vue et observée, nous apparaît plutôt oiseux. D'après ce que nous avons dit, nous sommes en droit d'affirmer que l'antisepsie médicale est bien faite au pavillon Trousseau.

Le personnel hospitalier attaché au pavillon Trousseau se compose de sept infirmières et un garçon. Il y a :

1. Professeur Grancher. *Un service antiseptique de médecine*. Congrès de médecine de Paris, 1900.

2. Méry. Prophylaxie des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants. *Bulletin médical*, 1903.

- 1^o Deux infirmières au service des garçons ;
- 2^o Deux infirmières au service des filles ;
- 3^o Deux infirmières pour le service de nuit ;
- 4^o Une infirmière spécialement occupée au service général du pavillon.

Comme nous venons de le dire, il y a dans le jour deux infirmières dans chaque service (garçons et filles). De ces deux infirmières, l'une est chargée des enfants en box, l'autre est attachée à la salle des convalescents.

Ce personnel est dirigé avec beaucoup de zèle et de dévouement par M^{me} Le Jannic, surveillante au pavillon Trousseau depuis quelques années.

La collaboration de la surveillante dans un service est un appoint précieux pour le médecin en chef. Le maître doit compter beaucoup sur elle pour la ponctualité de ses instructions particulières et l'observation des principes généraux qui font toute l'hygiène du service. L'interne a son rôle : c'est l'auxiliaire du médecin en chef qui donne, en son absence, les indications complémentaires qui peuvent être nécessaires. Mais il faut pour le bien du service que le chef et l'interne jugent la surveillante fort digne de leur confiance. A notre avis, de la valeur de la surveillante dépend beaucoup la valeur de tout le personnel hospitalier du service. Et il nous semble que ce qui est vrai en général, l'est *a fortiori* quand il s'agit d'un service comme celui de la scarlatine.

Nous pensons pouvoir dire que le pavillon Trousseau a une bonne organisation.

Pour résumer notre chapitre, nous dirons :

10 *Le pavillon Trousseau réalise bien par son site et sa conformation intérieure le principe « de l'isolement dans l'isolement ».*

Il est construit dans des conditions assez satisfaisantes pour l'hygiène ;

20 *L'antisepsie médicale et l'hygiène spéciale des scarlatineux ont été exactement observées pendant l'année 1903. De bons résultats ont été obtenus par suite de ces pratiques.*

CHAPITRE II

DE LA TENUE DU CAHIER DES OBSERVATIONS.

Deux externes sont spécialement attachés au pavillon de la scarlatine :

1° L'un pour le service des garçons ;

2° L'autre pour le service des filles.

Comme partout chaque externe est chargé de prendre et de recueillir les observations des malades de ses lits. Il est désirable que les observations soient prises avec soin, régularité et goût. Il faut apporter de l'ordre et de la méthode dans la tenue des observations : pour les rédiger et les classer. Nous faisons de bons souhaits pour ces conseils : il y a tout à gagner à ce qu'ils soient suivis pour le bien du service d'abord, et l'externe qui s'acquitte convenablement de cette besogne gagnera toujours l'estime de son chef de service et, de plus, il y trouvera avantage pour son instruction. En outre, on conçoit sans peine l'intérêt qu'il y a pour les études à avoir des observations bien prises. Le travail que nous présentons est la révision d'un service pour une année entière. Nous croyons à l'utilité des tra-

vaux de ce genre. Notre essai a été tenté par suite de l'avis que M. Richardière a bien voulu nous donner.

Nous pensons avoir justifié nos conseils à propos de la bonne tenue des observations.

De concert avec mon collègue et ami Laurent, mon camarade d'externat au pavillon de la scarlatine et dont nous aurons l'occasion de citer la thèse, nous avons fait de notre mieux pour recueillir les observations ; nous avons déjà à ce moment l'idée de faire cette thèse. On voit donc pourquoi nous avons jugé bon de donner ici quelques indications sur le sujet dont nous parlons.

Les observations seront recueillies sur un cahier spécialement réservé à cet objet. Chaque externe aura son cahier. Pour la commodité, il y a à tenir compte des dimensions du cahier : les registres, modèle J-4, fournis à tous les services par l'Administration de l'Assistance publique ayant environ 0 m. 31 de long sur 0 m. 24 de large sont bien utilisables. Chaque observation aura son numéro d'ordre, c'est un numéro d'inscription. Le numéro du lit ne peut suffire : il ne sert plus à rien quand l'enfant est parti et si on ne donne pas à l'observation un numéro d'inscription, on perd plus de temps pour la retrouver quand on la cherche dans la collection. Le numéro d'inscription de l'observation sera transcrit sur la feuille de température et les autres documents afférents à l'observation, si parfois il y en a : ces documents afférents resteront dans les archives

annexées à la feuille de température. Ces feuilles de température seront l'objet d'un classement méthodique pour être conservées : ce classement étant fait selon le numéro d'inscription, il s'en suit que ces feuilles de température se trouvent rangées selon les dates de l'entrée des malades dans le service et dans le même ordre que les observations au cahier.

On doit disposer d'un feuillet du cahier par observation. Cela nous a suffi largement, en général, et quand, chose tout à fait exceptionnelle et rare, ce feuillet devenait insuffisant, nous disposions d'une feuille supplémentaire indépendante du cahier (car à ce moment le feuillet suivant du cahier est déjà occupé par une autre observation). Le numéro d'inscription de l'observation est porté sur la feuille supplémentaire (mention de cette feuille supplémentaire est faite au feuillet du cahier en forme apparente).

Les feuilles supplémentaires sont conservées dans un carton spécialement affecté à cet usage.

Nous réservons donc un feuillet du cahier par observation. Nous disposons du recto pour la suite ordinaire de l'observation ; au verso sont portées les remarques particulières.

Nous avons établi des colonnes au recto ; mais il est préférable, pensons-nous, que nous reproduisions ici une observation comme exemple : aucune description ne saurait remplir notre but aussi avantageusement.

Nous ne pensons pas que nous paraîtrons superflu d'avoir voulu faire remarquer notre sentiment au

point de vue de la bonne tenue des observations et nous résumerons notre chapitre en disant :

Il y a un grand intérêt à ce que les observations soient recueillies avec beaucoup de soin et beaucoup d'ordre.

OBSERVATION N°

Salle n° Lit n°

Le nommé A. C..., âgé de 8 ans.

Il est entré au pavillon le 4 avril 1903.

Antécédents héréditaires. — Père, 37 ans. Mère, 35 ans. Tous deux en bonne santé. Deux autres enfants :

1° L'un âgé de 6 ans, garçon. Sorti de la diphtérie, il y a huit jours. Végétations adénoïdes opérées l'an dernier ;

2° L'autre 2 ans 1/2. Fille bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant âgé de 8 ans, né à terme, nourri au sein jusqu'à dix-huit mois. A marché à un an.

Il a eu une angine à cinq ans, la rougeole en octobre 1902 et la coqueluche en même temps.

Etat actuel. — Le 2 avril à 4 heures du soir l'enfant a été pris d'un violent mal de tête. Il a été abattu. Vomissements dans la nuit du 2 au 3 et qui ont continué dans la journée du 3. S'est plaint de la gorge hier soir 3 avril. L'éruption est apparue hier matin 3 avril sur le tronc et l'abdomen. L'enfant entre alors au pavillon Trousseau.

Dates.	Langue.	Gorge.	Évolution.	Complica- tion.	Urines.	Etat général.
4 avril.	Blanche, rouge sur les bords.	Rouges, grosses amygdales. Pas d'exu- dat.	Eruption bien nette, gé- néralisée.		Pour l'albu- minurie, rien à dire. Diazo- réaction posi- tive.	T : 40° ⁴ T : 40° et 40° ⁶ Le poulx a des intermit- tences irrégú- lières.
5 avril.	Dépouil- lée.	Gorge rouge sans exsudat.	Eruption qui se fait re- marquer par son intensité. Il est absolu- ment rouge écarlate. Appa- rition de la desquamation généralisée. Elle existe aux pieds.			
7 avril.			Eruption toujours très intense. Des- qua m a t i o n abondante, gé- néralisée.			Hier 6, près de 39°, actuelle- ment vers 38°.
8 avril.			Eruption toujours in- tense.			La tempéra- ture revient peu à peu vers la normale.
9 avril.			Eruption nette mais n'est plus écar- late. Desqua- mation libre généralisée.			Pouls satis- faisant.
10 avril.			Eruption atténuée, des- qua m a t i o n abondante.			
12 avril.			Plus d'érup- tion.		La diazo- réaction de- vient négative.	
23 avril.			Vu : vastes lambeaux aux pieds.			Par pru- dence 10 ^{es} sé- rum antidiph- térique.
2 mai.			Desquama- tion encore légère aux M.I.	Herpès des narines.		
7 mai.				Erup- tion de roséole.		
14 mai.						Départ du pavillon.

Remarque. — Cette observation nous montre d'une part une desquamation très précoce ayant débuté alors que l'éruption est en pleine activité.

D'autre part nous avons remarqué la grande intensité de l'éruption.

En un mot :

L'éruption a été très intense.

La desquamation très précoce.

La desquamation est survenue en pleine éruption.

La desquamation s'est fait remarquer par son abondance et son intensité.

CHAPITRE III

LES ENTRÉES

Le nombre des entrées pour 1903 au pavillon Trousseau est de trois cent cinquante.

Ces trois cent cinquante observations se répartissent comme il suit :

Janvier	Garçons. 20 Filles. 10 = 30
Février	Garçons. 10 Filles. 10 = 20
Mars	Garçons. 17 Filles. 22 = 39
Avril	Garçons. 19 Filles. 14 = 33
Mai	Garçons. 22 Filles. 19 = 41
Juin	Garçons. 27 Filles. 22 = 49
Juillet	Garçons. 25 Filles. 24 = 49
Août	Garçons. 19 Filles. 21 = 40
Septembre .	Garçons. 8 Filles. 7 = 15
Octobre . . .	Garçons. 7 Filles. 6 = 13
Novembre .	Garçons. 6 Filles. 8 = 14
Décembre . .	Garçons. 4 Filles. 3 = 7 Total = 350

Pour décembre le chiffre 7 est plutôt un peu faible. Nous ne tenons pas compte de quelques enfants restés au pavillon en cours de traitement au 1^{er} jan-

vier 1904, date à laquelle M. Richardière a laissé le pavillon Trousseau à son collègue M. Comby pour prendre le service de la coqueluche.

Nous avons donc trois cent cinquante observations à notre disposition pour étudier la scarlatine au pavillon Trousseau de l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1903. Sur ces trois cent cinquante observations, nous pouvons dès maintenant en éliminer onze que nous mettons à part et qui feront l'objet d'un chapitre spécial (chapitre X, observations 89 à 99 inclusivement). Ces onze observations ont trait à des enfants qui sont venus au pavillon Trousseau sans avoir eu la scarlatine ou dont le diagnostic reste douteux. Ces onze observations portent sur les mois suivants :

- | | | |
|---------------------------|-------|-------------------------|
| 1 ^o Janvier. | . . . | Deux filles. |
| 2 ^o Février. | . . . | Deux garçons. |
| 3 ^o Mars | . . . | Une fille. |
| 4 ^o Avril | . . . | Une fille et un garçon. |
| 5 ^o Mai | . . . | Une fille et un garçon. |
| 6 ^o Septembre. | . . . | Un garçon. |
| 7 ^o Novembre. | . . . | Une fille. |

Nous avons donc à étudier pour l'année 1903, au pavillon Trousseau à l'hôpital des Enfants-Malades, trois cent trente-neuf cas de scarlatine et dont le diagnostic est contrôlé par M. Richardière. Nous avons fait un classement méthodique des trois cent trente-neuf observations précitées, ce qui nous a permis de dresser un état des trois cent trente-neuf scarlatineux étudiés. Nous présentons cet état, après quoi nous verrons sa raison d'être.

L'état précédent fait la répartition de nos trois cent trente-neuf scarlatineux à un triple point de vue :

1° Au point de vue des sexes, ce qui n'a qu'une importance relative :

$$\begin{array}{rcl} \text{Garçons} & = & 179 \\ \text{Filles} & = & 160 \end{array} \left| \begin{array}{c} \\ \\ \end{array} \right. 339$$

Mais nous n'avons pas à nous attacher à ce détail. La scarlatine frappe aussi bien l'un et l'autre sexe ;

2° Au point de vue de l'âge.

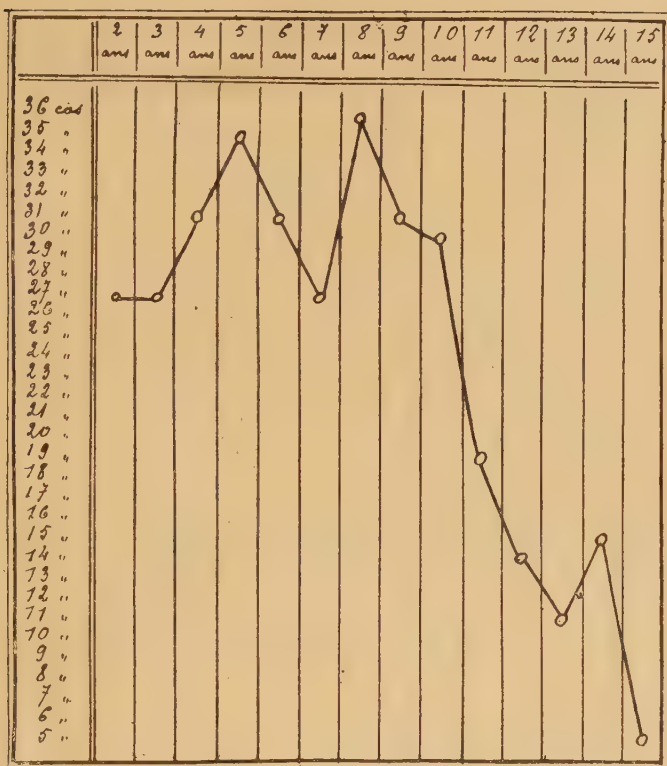
3° Au point de vue des époques de l'année.

Ces deux derniers points sont plus utiles à vérifier que le premier. Il est intéressant, en effet, de dire :

1° Pendant quels mois de l'année nous avons eu le plus de scarlatineux ?

2° A quel âge les enfants ont-ils été le plus souvent atteints ?

Nous avons répondu à ces deux questions en présentant l'état précédent, car on peut trouver en le consultant les deux réponses dont il s'agit. Mais, pour rendre ces réponses plus évidentes, nous aidant de notre tableau, nous avons construit deux courbes qui permettent de se rendre compte en un coup d'œil de la répartition de nos scarlatineux selon les âges et selon les mois.

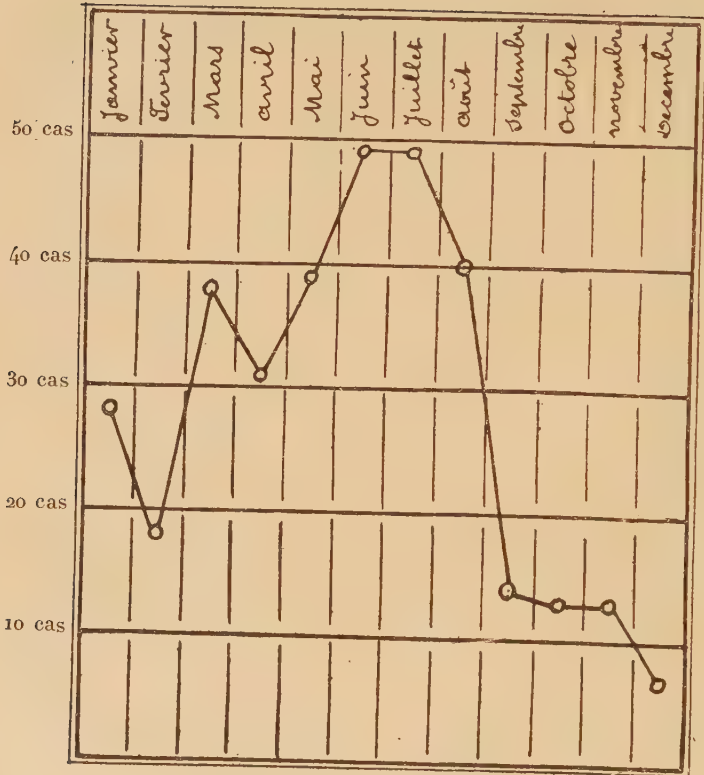


Hôpital des Enfants-Malades.

PAVILLON TROUSSEAU.

Scarlatine.

Courbe du nombre des cas selon les âges.



Hôpital des Enfants-Malades.

PAVILLON TROUSSEAU.

Scarlatine.

Courbe du nombre des cas selon les mois.

En considérant la courbe du nombre des cas selon les âges on voit que :

1° Il n'y a eu aucun cas de scarlatine au cours de la première année ;

2° La scarlatine s'est surtout manifestée entre l'âge de deux à dix ans ; bien plus rarement au delà.

Notre vérification personnelle semble donc d'accord avec les auteurs classiques.

En considérant la courbe du nombre des cas selon les mois on voit que :

1° La fréquence de la scarlatine a atteint son apogée de mars à août ; les mois de juin et juillet étant ceux où il y a eu le plus de cas ;

2° La scarlatine a été sensiblement plus rare de septembre à décembre.

La scarlatine s'est donc surtout manifestée dans le service de M. Richardière au moment de la belle saison.

CHAPITRE IV

LES DÉCÈS

Les décès survenus au pavillon Trousseau pendant l'année 1903, sont :

Janvier...	Garçons = 1. (Observation n° 1) Filles = 0. »	= 1
Février...	Garçons = 0. » Filles = 1. (Observation n° 2)	= 1
Mars.....	Garçons = 4. (Observations n°s 5, 6, 7 et 8) Filles = 2. (Observations n°s 3 et 4)	= 6
Avril.....	Garçons = 0. » Filles = 3. (Observations n°s 9, 10 et 11)	= 3
Mai.....	Garçons = 3. (Observations n°s 12, 16 et 17) Filles = 3. (Observations n°s 13, 14 et 15)	= 6
Juin.....	Garçons = 5. (Observations n°s 21, 22, 23, 24, 25) Filles = 3. (Observations n°s 18, 19, 20)	= 8
Juillet....	Garçons = 2. (Observations n°s 28, 29) Filles = 2. (Observations n°s 26, 27)	= 4
Août.....	Garçons = 2. (Observations n°s 31, 32) Filles = 1. (Observations n° 30)	= 3
Septembre.	Garçons = Néant Filles =	= 0
Octobre ..	Garçons = 2. (Observations n°s 34 et 35) Filles = 1. (Observation n° 33)	= 3
Novembre.	Garçons = 1. (Observation n° 36) Filles = 0. »	= 1
Décembre.	Garçons = Néant Filles =	= 0

Dans l'ensemble on a : $\left\{ \begin{array}{l} \text{Garçons} = 20 \\ \text{Filles} = 16 \text{ Total} = 36 \end{array} \right.$

Nous avons donc relevé trente-six décès pour l'année.

Nous n'avons pas à tenir compte dans ce chapitre des observations nos 94 et 97. Ce sont deux autres décès faisant partie des onze cas que nous avons retranchés sur le total des trois cent cinquante observations. Ces onze enfants n'ont pas été atteints de scarlatine, ou le diagnostic est resté douteux. Comme nous l'avons dit au chapitre III, ces onze observations feront l'objet d'un chapitre spécial (chap. X, obs. 89 à 99 inclusivement).

Nous n'avons pas pensé non plus qu'il y avait lieu de faire figurer dans notre statistique de la mortalité les observations 72 et 73 : ce sont deux enfants atteints de scarlatine avec complications sérieuses (rhumatisme scarlatin, broncho-pneumonie, rougeole). Ils ont été enlevés de l'hôpital par les parents en très mauvais état, faisant l'objet d'un pronostic alarmant. Ces enfants n'ont pas été suivis au pavillon Trousseau jusqu'au bout et, en fait, on ignore ce qu'ils sont devenus après leur départ. Malgré le pronostic porté à leur égard, il ne nous paraîtrait pas juste de les compter au nombre de nos décès.

Nous sommes ainsi amené à accuser, pour l'année 1903, trente-six décès sur trois cent trente-neuf scarlatineux qui ont été admis au pavillon Trousseau : *soit une proportion de 10,6 o/o.*

Nous devons songer à rechercher les causes qui ont eu le plus d'influence sur cette mortalité. A cet effet, nous allons les envisager tout d'abord dans un tableau d'ensemble.

Etat de la mortalité.

Mois.	N° d'ordre de l'observation.	Jour de l'entrée.	Jour du décès.	Modalités présentées par la scarlatine et complications survenues.
Janvier....	1	31 janvier.	7 février.	Scarlatine à forme hémorragique. Diphthérie. Broncho-pneumonie.
Février....	2	3 février.	10 février.	Scarlatine à forme toxique avec déterminations gastro-intestinales et méningées.
Mars.....	3	1 ^{er} mars.	3 mars.	Scarlatine après angine diphthérique.
id.	4	24 mars.	26 mars.	Scarlatine toxique avec angine pseudo-membraneuse. Streptocoques.
id.	5	9 mars.	10 mars.	Scarlatine maligne à détermination gastro-intestinale.
id.	6	19 mars.	19 mars.	Scarlatine hémorragique.
id.	7	8 et 21 mars.	15 avril.	Scarlatine consécutive à la diphthérie avec croup au premier degré. Arthralgie de l'épaule. Otite double. Vomissements incoercibles. Paralyse bulbaire probable.
id.	8	9 et 24 mars.	3 avril.	Scarlatine. Infection pulmonaire droite (Pleurésie purulente).
Avril.....	9	11 avril.	12 avril.	Scarlatine ataxo-adynamique. Otite double. Adénites cervicales.

Quand il y a deux dates dans la colonne « Jour de l'Entrée » c'est que l'enfant était hospitalisé dans un autre service avant d'être admis au pavillon Trousseau.

Mois.	N° d'ordre de l'observation.	Jour de l'entrée.	Jour du décès.	Modalités présentées par la scarlatine et complications survenues.
Avril.....	10	14 mars et 15 avril.	20 avril.	Scarlatine après une angine diphthérique. Arthralgies. Adéno-phlegmon sous-maxillaire. Paralysie du voile du palais. Otite double. Broncho-pneumonie terminale.
id.	11	10 et 19 avril.	24 avril.	Scarlatine survenue au cours de la coqueluche. Arthropathies. Diarrhée. Otite double. Convulsions.
Mai.....	12	11 mai.	12 mai.	Scarlatine avec phénomènes intestinaux graves.
id.	13	21 mai.	23 mai.	Scarlatine. Diarrhée verte. Convulsions.
id.	14	23 mai.	24 mai.	Scarlatine toxique avec rhumatisme scarlatin généralisé.
id.	15	24 mai.	1 ^{er} juin.	Scarlatine toxique avec délire et phénomènes nerveux à forme ataxique.
Mai.....	16	3 mai.	16 mai.	Scarlatine avec infection naso-pharyngée grave. Otite double. Phlegmon du pied droit.
id.	17	21 mai.	31 mai.	Scarlatine maligne. Infection bucco-pharyngée. Phlegmon sus-hyoïdien. Broncho-pneumonie.
Juin.....	18	6 juin.	8 juin.	Scarlatine maligne. Angine pseudo-membraneuse avec ulcérations des amygdales et du voile du palais. Phénomènes méningés.

Mois.	No d'ordre de l'observation:	Jour de l'entrée.	Jour du décès.	Modalités présentées par la scarlatine et complications survenues.
Juin	19	8 juin.	11 juin.	Scarlatine toxique à forme ataxique avec hyperthermie et déterminations nerveu- ses.
id.	20	23 juin. et 27 juin.	1 ^{er} juillet.	Scarlatine toxique, avec peti- tes hémorrhagies cutanées disséminées.
id.	21	14 juin.	22 juin.	Scarlatine avec angine à strep- tocoques et phlegmon du pied. Météorisme abdomi- nal.
id.	22	18 juin.	26 juin.	Scarlatine avec angine pseu- do-membraneuse.
id.	23	17 juin.	23 juin.	Scarlatine chez un enfant cachectique, probablement bacillaire.
id.	24	24 juin.	25 juin.	Scarlatine avec rougeole chez un enfant cachectique.
id.	25	24 juin.	26 juin.	Scarlatine. Mort au milieu de phénomènes de cachexie probablement de nature tuberculeuse.
Juillet.....	26	30 juin et 4 juillet.	6 juillet.	Scarlatine avec appendicite et péritonite.
id.	27	8 juillet et 10 juillet.	16 juillet.	Scarlatine avec infection pha- ryngée non diphtérique. Ulcérations de la langue et de la gorge.
id.	28	14 juillet.	18 juillet.	Scarlatine post-morbillieuse, diphtérie douteuse. On a trouvé dans la culture des pneumocoques et des cocci.

Mois.	N° d'ordre de l'observation.	Jour de l'entrée.	Jour du décès.	Modalités présentées par la scarlatine et complications survenues.
Juillet.....	29	28 juillet.	2 août.	Scarlatine compliquée de néphrite aiguë avec anurie. Néphrotomie.
Août.....	30	21 août.	21 août.	Scarlatine toxique, adynamique, avec phénomènes intestinaux très accusés.
id.	31	10 août.	11 août.	Scarlatine maligne.
id.	32	12 et 24 août.	29 août.	Scarlatine coïncidant avec rougeole.
Septembre.	»	»	»	»
Octobre...	33	16 octobre.	19 octobre.	Scarlatine maligne à forme gastro-intestinale.
id.	34	29 octobre.	5 nov.	Scarlatine. Péritonite de cause inconnue.
id.	35	24 octobre.	7 nov.	Scarlatine. Phlegmon de la fesse. Otite double.
Novembre.	36	14 nov.	18 nov.	Scarlatine avec angine à streptocoques.
Décembre.	»	»	»	»

ETUDE DES CAUSES DE LA MORT.

La statistique à laquelle nous nous sommes livré nous mène à cette conclusion : sur trois cent trente neuf cas de scarlatine se sont produits trente-six décès, soit une proportion de 10,6 0/0. Cette proportion répond sensiblement à la moyenne, en tenant naturellement compte du milieu hospitalier où nous avons observé. Si, en effet, nos investigations avaient porté sur un milieu urbain ou campagnard, nul doute que nous n'ayons pas trouvé une mortalité aussi élevée (abstraction faite pour certaines épidémies ou certaines périodes pendant lesquelles le mal revêt plus volontiers une forme maligne).

Mais surtout ce que nous apprendrait une comparaison de statistiques prises ainsi dans des milieux différents, c'est que les causes de la mort seraient singulièrement dissemblables. Et cette conception nous conduit à envisager les diverses causes de mortalité dans notre statistique.

Un fait domine la situation : c'est la rareté relative des complications courantes et banales de la scarlatine. Les traités de pathologie ordinaires nous apprennent que le danger de la scarlatine réside avant tout dans l'intervention de complications bien connues : néphrites, rhumatisme notamment. Or, sur nos trente-six cas de mort, nous ne voyons qu'un malade succombant par néphrite, nous n'en voyons qu'un

également atteint de rhumatisme généralisé (mais ce n'est pas à son rhumatisme qu'il convient d'attribuer sa mort). Est-il étonnant de voir que *ces complications classiques apparaissent ainsi en petit nombre*? Nous ne le croyons pas. Nous savons en effet combien on a de prises sur elles ; nous savons comment par une hygiène bien comprise et surtout par le régime lacté, on arrive non seulement à les enrayer, mais à les éviter. Quoi de bizarre par suite que dans un service bien entendu et bien mené on réussisse à prévenir de pareilles complications ? Si bien que nous pouvons résumer cette première notion en disant que : *notre situation de la mortalité nous montre l'efficacité d'une bonne prophylaxie dans l'intervention de complications au cours de la scarlatine.*

Ajoutons qu'en citant notre cas de rhumatisme scarlatin nous retenions celui dans lequel les troubles étaient généralisés. On pourra se rendre compte en parcourant notre liste que le terme *arthralgie*, revient quelquefois ; et ce terme *arthralgie* doit signifier rhumatisme bénin, par analogie avec ce qui se passe dans tous les autres rhumatismes infectieux, le blennorrhagique notamment. Ces arthralgies ne sauraient évidemment entrer en ligne de compte dans la mortalité de la scarlatine, mais il est intéressant de voir combien de scarlatines s'accompagnaient d'arthralgie dans nos faits de scarlatine mortelle. Notre statistique nous apprend que trois fois l'arthralgie, sur nos trente-six cas mortels, a été assez accentuée pour attirer l'attention du médecin. Avec

l'observation 14 de rhumatisme généralisé, nous obtenons quatre faits de rhumatisme (plus ou moins net sur trente-six cas de scarlatine mortelle, *soit exactement la proportion de 1 pour 9.*

On voit par suite que dans notre série l'arthrite, sous toutes ses modalités, a été plus fréquente que la néphrite ; c'est là une considération intéressante, justifiée d'ailleurs par cette idée que la néphrite s'évite d'une façon raisonnée. Il n'en est pas de même de l'arthrite sur laquelle le régime lacté n'a aucune prise. En outre il faut reconnaître que si l'enfant atteint de néphrite n'avait pas, au début de son affection, été abandonné à lui-même, sa complication rénale eut peut-être été évitée. Ce qui montre bien l'influence de la mauvaise hygiène dans ce cas (Obs. 29), c'est son frère (Obs. 79) qui contracta également une néphrite, et cela parce qu'il fut placé dans les mêmes conditions défectueuses. Nous n'avons malheureusement pas pu suivre ce dernier, sa mère l'ayant enlevé de l'hôpital.

Un dernier point à relever : *c'est l'inefficacité de la néphrotomie.* Cette opération, utile dans l'anurie calculuse, ne peut rien contre l'anurie scarlatineuse. Notre observation corrobore encore une fois ce principe.

Telles sont les considérations qu'il était nécessaire, à notre avis, d'indiquer sur les deux complications les plus connues de la scarlatine.

Nous ne voulons pas laisser entendre que les

autres complications scarlatineuses soient de connaissance moins complète, mais il nous paraît qu'elles peuvent toutes se ranger sous une rubrique unique :

L'infection par microbes secondaires.

Tandis qu'en effet la néphrite et le rhumatisme font partie intégrante du tableau de la scarlatine et représentent des complications qui lui sont directement liées, les autres infections sont des infections d'ordre banal qui se greffent sur toute maladie, aussi bien sur la rougeole que sur la scarlatine. Or ce qui nous frappe, c'est que ce sont précisément ces infections là qui ont causé la plus grande mortalité, et c'est en se plaçant à ce point de vue que nous pouvons distinguer nettement entre le milieu hospitalier et le milieu de la ville. En ville, en effet, il n'y a pas entre les enfants cette promiscuité qu'un isolement, si rigoureux soit-il à l'hôpital, ne saurait jamais réussir à effacer totalement et sans qu'il s'y glisse d'erreurs. Aussi arrive-t-on à comprendre la fréquence des infections secondaires à l'hôpital ; et on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que si l'asepsie des services n'était pas organisée aussi rigoureusement, le nombre des morts à déplorer serait encore infiniment plus élevé. Mais avant tout, nous devons voir quelles sont, parmi ces infections, celles qui ont frappé nos malades avec la plus grande fréquence et dans quelles proportions.

Sur trente-six cas de scarlatine mortelle, nous sommes à même de relater cinq phlegmons (cou et pied), trois broncho-pneumonies, sept complications

d'ordre gastro-intestinales, deux fois des phénomènes méningés, deux fois des phénomènes nerveux (ataxie et délire), cinq angines d'allures cliniques variées, trois fois de l'infection naso-pharyngée, deux fois de la péritonite, une fois de la pleurésie purulente, six fois de l'otite.

Toutes ces déterminations n'accompagnent pas la scarlatine normale et à évolution classique, ou tout au moins, si elles se présentent, c'est avec une atténuation suffisante pour ne pas imprimer un aspect spécial au tableau clinique. Ici elles ont pris une place prépondérante et ont été la seule cause de la mort, ou y ont beaucoup contribué par les phénomènes d'intoxication auxquels elles donnaient naissance. De plus il est admis que la scarlatine est une affection spécifique, c'est-à-dire une affection due à un microbe uniforme et toujours identique à lui-même. Bien que manque encore la preuve bactériologique de cette affirmation, elle n'en a pas moins force de loi de par la clinique, et le fait qu'une scarlatine engendre par contact une autre scarlatine semble un argument de premier ordre. Nous n'ignorons pas, il est vrai, que quelques auteurs ont voulu voir dans la scarlatine une modalité de streptococcie, et qu'ils admettent que certaines espèces de streptocoques, dans des conditions particulières, créent la scarlatine comme d'autres créent le furoncle, le panaris, l'érysipèle, etc. La contagion s'expliquerait ainsi. Mais nous préférons nous en tenir aux données classiques et nous admet-

tons par suite que les complications dues au streptocoque, comme celles dues à d'autres microbes, sont des complications secondaires nées sur un terrain frappé de scarlatine, c'est-à-dire d'une affection due à un microbe spécifique. Le lien de toutes les complications auxquelles nous avons été conduit à faire une place dans notre liste précitée, c'est donc de relever des microorganismes secondaires. Ces microorganismes sont multiples ; ils comprennent sans doute des microorganismes connus (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, etc.), et des microorganismes inconnus. D'autre part ils évoluent d'autant mieux que le sujet est en proie à une affection plus sérieuse ; c'est dire qu'on rencontrera leurs manifestations (phlegmons, angines, etc.) bien plutôt dans les scarlatines toxiques qui dépriment davantage l'économie. Bien plus, leur seule présence suffit, par leurs produits de sécrétion, à transformer une scarlatine bénigne en scarlatine maligne.

Il est donc naturel que, chaque fois que nous trouvons l'une de ces complications dans la scarlatine, nous ayons du même coup affaire à une scarlatine toxique ou maligne, ce qui est tout un, et il serait injuste de dire que tel malade a succombé plutôt à son phlegmon que tel autre à sa bronchopneumonie. Il a succombé à l'intoxication à laquelle ont donné lieu les microbes secondaires de ces complications. Les déterminations viscérales n'ont fait que contri-

buer à hâter la mort, mais il est avant tout indispensable de bien affirmer que :

Le petit sujet meurt en état d'infection et d'intoxication d'origine microbienne secondaire sur un terrain scarlatineux.

Il est évident ensuite que si cette infection se localise aux poumons et fait une bronchopneumonie, la situation est plus périlleuse que si elle se borne à faire un abcès du pied ; dans un cas elle aura atteint un organe vital, dans l'autre elle n'aura frappé qu'une portion de membre. De même pour les localisations méningées et cérébrales. En outre il est des localisations où les microbes secondaires fabriquent des poisons à coup sûr bien plus redoutables que dans d'autres ; nous faisons ici allusion à l'intestin dont les fermentations normales subissent des modifications sous l'influence des bactéries qui les rendent toxiques pour l'économie, témoin ce qui se passe au cours des gastro-entérites des nourrissons. Il n'y a donc rien de surprenant à voir périr des malades chez qui les infections secondaires ont donné lieu à des broncho-pneumonies, à des altérations gastro-intestinales, à des phénomènes méningés et nerveux, à de la pleurésie purulente.

Mais ce qui va un peu à l'encontre des constatations adoptées le plus généralement, c'est le chiffre assez élevé des complications pulmonaires dans nos observations (trois broncho-pneumonies et une pleurésie purulente), *soit une fois sur neuf scarlatines*, exactement la proportion du rhumatisme scarlatin.

Certes la rougeole prédispose bien plus à la broncho-pneumonie et à la pleurésie purulente que la scarlatine, mais celle-ci, dans certains milieux, est également apte, on le voit, à supporter les ensemencements des microbes pathogènes au niveau des poumons. C'est là un fait qui nous paraît intéressant.

En ce qui concerne les angines et les infections naso-pharyngées que nous rapprochons pour la circonstance, leur fréquence est également assez élevée, puisque nous les comptons huit fois sur trente-six cas, *soit une proportion de près de 2 pour 10*. On sait depuis longtemps combien les complications angineuses sont fréquentes dans la scarlatine; il est du reste assez logique de les placer en bonne ligne, puisque l'angine fait toujours partie du syndrome scarlatineux. Que cette angine soit plus violente, ou que bien plutôt des microbes secondaires s'introduisent dans les espaces interstitiels et dans la profondeur des tissus au niveau d'une gorge desquamée et à épithélium altéré, et l'angine s'installe à titre de complication. De même l'infection naso-pharyngée trouve mille voies d'entrée à travers une éraillure de la muqueuse nasale si souvent exposée et cela de manières si différentes. Angine et rhino-pharyngite se traduiront par les allures les plus spéciales, depuis simple rougeur et infiltration jusqu'à production de fausses-membranes, ces dernières le plus souvent d'origine streptococcique. Bien plus cette angine peut gagner en profondeur, réalisant la forme nécro-sante d'Hénoc'h, telles les angines de nos observations

18 et 27. Mais, d'une manière comme de l'autre, il y a toujours là une porte d'entrée grande ouverte à l'intoxication et on comprend que souvent la mort des malades s'ensuive.

Nous serons bref en ce qui concerne nos deux observations de péritonite. Dans un cas il s'agissait manifestement d'appendicite ; peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence entre la scarlatine et l'appendicite, bien qu'on admette que telle infection, comme la grippe, crée l'appendicite. Dans l'autre cas, la péritonite est de nature inconnue, ce qui nous empêche d'en parler en termes suffisamment affirmatifs et d'incriminer une pathogénie quelconque. En tout cas, il ne paraît guère admissible que l'on puisse rattacher à la scarlatine la péritonite, sans un intermédiaire qui nous échappe.

L'otite (otite double) ne nous paraît pas avoir beaucoup d'intérêt. Le nombre des enfants, surtout des enfants mal soignés par leurs parents, porteurs d'otite est considérable, et la vérité sur la coexistence de scarlatine et d'otite nous semble résider dans ce fait que d'ordinaire la scarlatine éclate chez un enfant déjà porteur de son otite. Toutefois nous reconnaissons sans peine que, par ses lésions pharyngo-nasobuccales, la scarlatine a pu, dans certains de nos cas, créer l'otite ; mais celle-ci n'a jamais été accompagnée de complications mortelles comme il arrive quelquefois.

Dans un certain nombre de cas, la scarlatine s'est montrée associée, l'enfant ayant à lutter contre une

double infection résiste moins bien, et c'est à cette filiation qu'il y a lieu d'attribuer certains de nos décès.

Une fois la diphtérie survint emportant l'enfant après qu'avait apparu l'éruption de scarlatine ; l'enfant mourut au pavillon de la diphtérie où on l'avait emporté (observation 1). Trois fois la scarlatine succéda à la diphtérie (observations 3, 7 et 10). L'observation 7 se rapporte à une diphtérie grave puisqu'elle fut suivie de vomissements incoercibles et de paralysie bulbaire. De même dans l'observation 10, on nota de la paralysie du voile du palais. Dans l'observation 11, la scarlatine survint au cours de la coqueluche. Enfin nous possédons trois observations d'association de scarlatine et de rougeole, association souvent grave.

Indiquons aussi deux scarlatines hémorragiques, faits dans lesquels la mort est fréquente parce qu'il s'agit dans maintes circonstances de scarlatine toxique (observations 6 et 20).

Nous terminerons cet exposé de la mort de nos scarlatineux par trois cas assez superposables (observations 23, 24 et 25) dans lesquels la scarlatine a évolué chez des enfants cachectiques, probablement tuberculeux. Chez de pareils sujets, une infection, quelle qu'elle soit, vient apporter le dernier coup et hâter le dénouement fatal.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur notre statistique, nous voyons par conséquent que la mort

est due dans la grande majorité des cas à des phénomènes toxi-infectieux par infections secondaires. Ce sont eux qui sont le plus à redouter, à condition qu'on ne se départisse pas de l'hygiène alimentaire et générale qui convient aux scarlatineux. Ils acquièrent même parfois une telle importance qu'ils dominent la scène morbide, surtout lorsque la scarlatine est fruste, condition nombre de fois réalisée en clinique. Le diagnostic est alors des plus délicats entre la scarlatine et certains érythèmes infectieux scarlatiniformes sur lesquels le professeur Hutinel a attiré l'attention (1) et a inspiré certains travaux à ses élèves (2). Nous n'avons heureusement pas eu à discuter et à poser ce diagnostic, les enfants soignés au pavillon de la scarlatine ayant été reconnus comme atteints de cette maladie par notre maître M. Richardière.

De ces considérations sur les causes principales de la mortalité par scarlatine se dégage cette conclusion que le taux s'abaissera au fur et à mesure qu'on évitera toutes les causes d'infections secondaires au cours de cette maladie.

1. Hutinel. Note sur quelques érythèmes infectieux. *Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1892.

2. Mussy. *Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, en particulier dans la diphtérie*. Thèse de Paris 1892.

Nobécourt et Prosper Merklen. Du rôle du streptocoque et des ulcérations hépatiques dans la production de certains érythèmes infectieux. *Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1901.

Nulle part plus que dans les hôpitaux d'enfants les services de médecine ne doivent être antiseptiques et aseptiques. Il nous suffira de rappeler à cet égard la communication faite par M. le professeur Grancher (1) au Congrès de médecine de 1900. On y voit que la scarlatine est d'autant moins contagieuse à l'hôpital des Enfants-Malades que l'on s'adresse à des salles où l'antisepsie est pratiquée avec plus de minutie (page 66 de la brochure du professeur Grancher). De plus on trouvera des documents très importants et très complets dans la thèse de Barthélémy (2) faite dans le service de M. le professeur Hutinel et dans laquelle on lit cette phrase qui résume pour ainsi dire la question : « Le véritable pronostic n'est pas celui de la maladie, c'est celui de ses complications. »

C'est donc pour éviter ces complications ou en diminuer les risques que nous pourrions intervenir avec efficacité.

1. Grancher. *Un service antiseptique de médecine. Statistique de dix années.* Congrès de médecine. Paris, 1900.

2. Barthélémy. *De l'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infantiles.* Thèse de Paris, 1903.

CHAPITRE V

GÉNÉRALITÉS. — ÉTUDE SUR LA CONTAGION ET LES DIFFÉRENTES PÉRIODES DE LA MALADIE.

La scarlatine est une fièvre éruptive, c'est-à-dire une maladie infectieuse et contagieuse caractérisée par un exanthème. Comme pour les autres fièvres éruptives, on n'est pas encore fixé sur le microbe spécifique de la scarlatine.

L'idée que la scarlatine peut être une détermination particulière des streptocoques ne fait pas autorité dans la science ; on est en général d'accord pour admettre que la scarlatine doit avoir son microbe spécifique. Mais nous savons, et nous aurons l'occasion de le constater maintes fois au cours de notre étude, que le scarlatineux est un terrain propice à l'éclosion des infections secondaires ; le streptocoque aime le scarlatineux. Il est intéressant à ce propos de remarquer que les enfants hospitalisés qui ont contracté la scarlatine proviennent en plus grand nombre des services de chirurgie : les enfants passés

des autres services de l'hôpital au pavillon Trousseau sont pour l'année 1903 au nombre de cinquante-quatre dont dix-sept viennent des salles de médecine et trente-sept (c'est-à-dire plus du double) viennent des salles de chirurgie.

Notre intention dans ces généralités est surtout d'étudier la contagion et de considérer la scarlatine au point de vue de son évolution.

On sait qu'on distingue quatre périodes :

- 1^o L'incubation ;
- 2^o L'invasion ;
- 3^o L'éruption ;
- 4^o La desquamation.

Nous allons étudier ces quatre périodes successivement ; mais commençons par l'étude de la contagion.

CONTAGION

La scarlatine est une maladie contagieuse, ce qui est assez démontré notamment par l'existence d'endémies et d'épidémies de scarlatine (1).

Mais en prenant chaque malade individuellement, il est souvent assez difficile de déceler les circonstances de la contagion. Dans leur interrogatoire, lors de l'entrée des enfants au pavillon, les parents, comme on le constate dans la plupart de nos observations, répondent ordinairement à peu près en ce sens : il

1. On a cité des exemples de transmission de la scarlatine par le lait. *Presse médicale*, 22 octobre 1904.

n'y a aucun cas de scarlatine dans la maison, dans le quartier ou à l'école ; nous n'avons jamais entendu dire qu'un cas de scarlatine ait été signalé ces temps derniers dans les endroits fréquentés par l'enfant. On voit combien sont incomplètes ces réponses, et il n'y a pas à en tenir compte. Du moment où il y a eu scarlatine, c'est qu'il y a eu contagion. Mais les circonstances veulent que les conditions suivant lesquelles la contagion s'est produite nous échappent souvent. C'est la seule conclusion possible qu'on puisse tirer de la réponse des parents.

Les classiques nous apprennent que la contagion de la scarlatine a surtout lieu au moment de la desquamation, par suite de la dissémination des squames.

Les squames dans la scarlatine sont nuisibles, contrairement à ce qui se passe dans la rougeole : dans la rougeole la contagion est précoce, dans la scarlatine elle est tardive.

La contagion se fait par l'air charriant des poussières chargées de squames, par contact direct, par l'intermédiaire d'objets contaminés (1).

Nous venons de dire il y a un instant que les conditions suivant lesquelles la contagion s'est produite nous échappent d'habitude. Nous avons essayé cepen-

1. Sanné, Fox, Cadet de Gassicourt, ont rapporté des exemples divers sur les circonstances de la contagion. *Traité des maladies de l'enfance*, Comby, 3^e édition.

dant de déceler les circonstances de la contagion autant qu'il nous a été possible.

Tout d'abord, mais c'est le cas le moins fréquent, les parents relatent des cas de scarlatine dans l'entourage de l'enfant.

Nous avons cherché toutefois à mieux approfondir les circonstances de la contagion. Nous les avons surtout bien vues dans la contamination des frères et sœurs entre eux et, pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à consulter la table des collatéraux que nous avons dressée et qui se trouve à la fin de ce chapitre : on y constatera de véritables endémies de scarlatine dans les familles, et nous pensons avoir bien montré, en présentant cette table, des preuves matérielles de la contagion. Nous fournissons ainsi ces preuves matérielles de la contagion sans avoir eu à questionner personne ; notre enquête résulte uniquement de nos recherches dans les observations étudiées : nos renseignements offrent ainsi, croyons-nous, les meilleures garanties.

Une autre question aussi intéressante est celle de la contagion à l'intérieur de l'hôpital.

Pour l'étudier nous avons aussi dressé des tables se rapportant aux différents services qui ont envoyé des scarlatineux au pavillon Trousseau. Nous avons renoncé à reproduire ces tables ; elles auraient tenu une trop grande place et nous ne pouvons disposer que d'un espace relativement restreint, ne voulant pas donner à notre volume une ampleur exagérée. D'ailleurs nous croyons avoir suffisamment indiqué

en reproduisant notre table des collatéraux la méthode que nous avons employée dans nos enquêtes pour déceler la contagion, et c'est, nous semble-t-il, tout ce que nous avons à témoigner.

La salle Giraldès a fait vingt-deux passages au pavillon Trouseau pendant l'année. Ils ont eu lieu du 1^{er} janvier au 25 juillet et se répartissent ainsi :

En janvier.	6
En février.	2
En mars	2
En avril	1
En mai.	6
En juin	1
En juillet	4

Les divers délais d'hospitalisation à la salle Giraldès avant le passage au pavillon Trouseau ont été : 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 35, 37 et 56 jours. Quelques-uns de ces chiffres, les plus élevés, prouvent que des enfants ont contracté la scarlatine à la salle Giraldès, car le passage au pavillon Trouseau est fait dès que la scarlatine est reconnue (c'est-à-dire dans les premiers jours de la maladie). Nous voyons de plus qu'il y a eu endémie de scarlatine à la salle Giraldès pendant l'année 1903. La salle Giraldès est le service qui a donné lieu au plus grand nombre de passages pour l'année entière. Mais il n'est pas prouvé que les vingt-deux enfants venus de la salle Giraldès aient tous été contaminés dans ce service même, ceci dit pour les durées d'hospitalisation les plus faibles.

Une question se pose : Comment la scarlatine a-t-elle été introduite à la salle Giraldès ? Faut-il songer aux communications possibles entre les infirmières du pavillon Trousseau et celles des autres services de l'hôpital ? Nous ne croyons pas à cette circonstance de contagion, ou tout au moins son influence est assurément excessivement faible : nous en donnerons comme preuve notre chapitre I sur le pavillon Trousseau et son personnel hospitalier, l'antisepsie bien pratiquée dans tous les services, les rapports qui peuvent exister entre le personnel du pavillon Trousseau et celui des autres services sont réduits. Nous devons faire porter presque en entier nos récriminations sur le service des consultations : les enfants amenés à l'hôpital pour les consultations de médecine et de chirurgie attendent tous dans une salle commune. Il est évident qu'il y a là une grande circonstance de contagion. Un enfant est contaminé de scarlatine pendant son attente dans la salle commune, il passe à la consultation, est admis dans un service et y transporte ainsi avec lui la scarlatine qu'il vient de contracter. On a bien songé à prendre des précautions : un externe de service fait le triage, c'est-à-dire isole des autres enfants les contagieux qui viennent à la consultation dès leur arrivée et les dirige aussitôt sur les services spéciaux. Mais ce système fonctionne dans des conditions défectueuses et n'empêche pas les inconvénients qu'on cherche à éviter. M. le professeur Grancher a signalé les défauts du service des consultations, mais il ajoute qu'il est

difficile d'atteindre la perfection dans les améliorations à apporter : l'isolement cellulaire de chaque consultant supposé contagieux serait la mesure à prendre, mais le grand nombre des malades consultants rend cette organisation impraticable à l'hôpital des Enfants-Malades. Ainsi donc le service des consultations est une grande cause de contagion.

M. Richardière estime que tout malade passé d'un autre service au pavillon de la rougeole en pleine éruption treize à dix-neuf jours après sa réception à l'hôpital peut être considéré comme ayant probablement contracté sa rougeole à la consultation (1).

Nous pouvons formuler cette opinion pour la scarlatine, en abaissant même un peu le délai puisque les premières périodes sont plus longues dans la rougeole que dans la scarlatine.

Outre la salle Giraldès, d'autres services de l'hôpital ont aussi fait des passages au pavillon Trousseau pendant l'année 1903. Tous ces passages sont autant de preuves de la contagion de la scarlatine à l'intérieur de l'hôpital. Nous n'avons pas à renouveler nos arguments à propos de chaque salle.

Il y a eu cinquante-quatre passages sur trois cent trente-neuf entrées, soit un peu plus de un sixième des cas : on voit donc que la contagion à l'intérieur de l'hôpital est appréciable et nous connaissons

1. Robinet. *La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1901*, Thèse de Paris,

toute l'influence du service des consultations dans cette contagion.

Nous allons maintenant donner un tableau des services de l'hôpital qui ont envoyé des scarlatineux au pavillon Trousseau en 1903; ce tableau est utile pour justifier une dernière affirmation que nous avons encore à produire à propos de la contagion et que nous apporterons ensuite.

Nous ne tiendrons pas compte dans notre tableau des enfants admis aux douteux à leur entrée et passés ensuite à la scarlatine; ces enfants n'ont pas été visés dans toute la discussion que nous venons d'exposer à propos de la contagion à l'intérieur de l'hôpital: il n'est pas possible en effet de distinguer si ces enfants ont été contaminés de scarlatine au service des douteux ou bien s'ils sont entrés à l'hôpital en puissance de scarlatine (cette dernière supposition nous semble cependant devoir être la plus souvent réalisée).

Les enfants venus du service de la diphtérie ne sont pas non plus signalés dans notre tableau: c'est là un point particulier de la question envisagé dans le chapitre des complications et qui concerne l'étude des angines.

SERVICES AYANT FAIT DES PASSAGES
AU PAVILLON TROUSSEAU EN 1903.

		Passages.	Nombre de lits.	
Chirurgie.	Salle Giralaldès.....	22	29	37 passages de chirurgie.
	Salle Bouvier.....	7	32	
	Salle Bilgrain.....	2	37	
	Salle Baudelocque.	2	20	
	Salle Molland.....	3	40	
	Salle Baffos.....	1	20	
Médecine.	Salle Gillette.....	1	46	17 passages de médecine.
	Salle Archambauld.	4	30	
	Salle Guersant....	2	36	
	Salle Damaschino.	1	14	
	Salle Chaumont...	4	40	
	Salle Blache.....	5	46	

M. Richardière, outre la direction du pavillon Trousseau, avait en outre son service de médecine générale (salle Blache). La salle Blache a fait cinq passages au pavillon Trousseau pendant l'année. En consultant le tableau que nous venons de donner on voit que, comparativement au nombre de ses lits, la salle Blache n'a pas fourni plus de scarlatineux que les autres services, bien au contraire. Ce fonctionnement ne semble donc pas comporter d'inconvénient. Robinet, dans sa thèse déjà citée, fait à ce sujet la même remarque. Les élèves de M. Richardière fréquentaient la salle Blache et le pavillon Trousseau ; voilà encore une démonstration de la puissance de l'antisepsie médicale.

INCUBATION

L'incubation est représentée par l'espace de temps qui s'écoule à partir du moment où le sujet a été inoculé par l'agent pathogène jusqu'à l'éclosion des premiers symptômes.

L'incubation dans la scarlatine, disent nos livres classiques, est plutôt courte : elle varie souvent entre un et quatre jours, parfois elle est plus longue et peut atteindre sept à huit jours. En un mot l'incubation dans la scarlatine est plus courte que dans la rougeole.

Mais comment dans notre étude avons-nous pu faire pour apprécier la durée de l'incubation ? Nous avouons que presque toujours la chose est impossible. Les enfants arrivent au pavillon Trousseau après l'apparition des symptômes d'invasion ou en éruption. Certes ce ne sont pas les renseignements fournis par les parents qui peuvent aider à résoudre le problème. D'ailleurs il est toujours absolument impossible de mesurer très ponctuellement la durée de l'incubation. Il faudrait connaître le moment exact où le malade a été inoculé par l'agent pathogène. C'est ce qu'il est impossible de savoir.

Par conséquent, les appréciations que nous avons faites ne reposent que sur des hypothèses ; du reste, ce sont les hypothèses qui souvent fournissent les indications capables de déterminer les conceptions exactes. Mais il faut que les hypothèses émises soient

susceptibles de paraître vraisemblables. Nous avons l'espoir qu'il en sera ainsi des nôtres.

Telle a été à notre avis la seule méthode possible à employer pour chercher à acquérir avec les observations étudiées une idée sur la durée de l'incubation. Mais pour émettre des hypothèses vraisemblables, il faut avoir des ressources suffisantes. Nous ne pouvons nous adresser aux enfants venus au pavillon en état de scarlatine déclarée et ce sont de beaucoup les plus nombreux. Nous ne comptons pas non plus sur une enquête auprès des familles ; les indications qu'on peut trouver dans les renseignements fournis par les parents ne présentent pas assez de sécurité. Nous n'avons tiré que de l'étude de nos observations les ressources nous autorisant à émettre des hypothèses vraisemblables. Ces ressources sont les collatéraux et les cas de contagion à l'intérieur de l'hôpital. En consultant notre table des collatéraux qui est placée à la fin de ce chapitre on jugera suffisamment comment nous avons fait et on verra toutes les hypothèses que nous avons émises.

Les tables que nous avons dressées à propos des différents services qui ont envoyé des scarlatineux au pavillon Trousseau donneraient les mêmes moyens. Nous avons déjà eu l'occasion d'expliquer pourquoi nous avons renoncé à reproduire ces tables dans notre volume et dit que la chose ne nous paraissait pas indispensable pour justifier la méthode employée dans notre étude et établir les preuves de toutes nos affirmations. Notre table des collatéraux

étant suffisante, nous nous sommes contenté de faire entrer celle-ci dans notre travail. Comme nous n'avons pas reproduit nos tables des différents services qui ont envoyé des scarlatineux au pavillon Trousseau, nous allons prendre parmi elles, afin de satisfaire de notre mieux aux plus grandes exigences, deux exemples appropriés qui révéleront nettement tout notre raisonnement :

1^o Enfant âgé de 13 ans, entré le 29 janvier, salle Giraldès (Brûlure de la face). Passage aux douteux le 4 février sur la constatation d'une éruption. Depuis le 2 février l'enfant se plaignait de la gorge. Passage au pavillon Trousseau le 5 mars en desquamation avancée. Du 29 janvier au 2 février, il y a quatre jours. Rien n'indique que l'enfant avait été inoculé par l'agent pathogène de la scarlatine avant d'être amené à l'hôpital. Nous pouvons croire qu'il a été contaminé, soit à la consultation, soit à la salle Giraldès. Dans ces conditions, nous pouvons, dans l'exemple actuel, fixer la durée de l'incubation à quatre jours ; ce chiffre, en l'espèce, est un maximum ;

2^o Enfant âgé de 6 ans, entré le 14 mars, salle Bouvier. Hernie opérée le 16. Passage à la scarlatine le 19 mars sur la constatation de l'éruption. Ascension thermique le 17. Durée de l'hospitalisation à la salle Bouvier : cinq jours.

Du 14 mars au 19 mars il y a cinq jours.

Du 16 mars au 17 mars il y a un jour.

Du 16 mars au 19 mars il y a trois jours.

Dans cet exemple, suivant la façon de considérer les choses, nous pouvons admettre ces trois hypothèses pour la

durée de l'incubation, les deux dernières nous semblant plus préférables à admettre que la première.

Voilà dans quelles conditions nous avons raisonné pour établir toutes nos hypothèses. Il suffit de consulter notre table des collatéraux pour avoir d'autres exemples.

Nous avons trouvé comme durée de l'incubation : un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit et neuf jours.

Quand les délais sont trop longs pour permettre une hypothèse vraisemblable, comme par exemple dans la série B de notre table des collatéraux, nous nous abstenons.

En résumé nos résultats concernant la durée de l'incubation sont ceux annoncés par les auteurs classiques. Notre étude clinique est d'accord avec la pathologie. Mais nous n'avons pas pu ajouter sur la durée de l'incubation dans la scarlatine des indications nouvelles à ce que l'on savait déjà. Nous avons fait une vérification personnelle sur la matière ; là s'est borné notre rôle.

INVASION

L'invasion est représentée par l'espace de temps qui s'écoule à partir de l'apparition des premiers symptômes jusqu'au moment où on constate des indices de l'éruption.

Les signes de l'invasion surviennent brutalement. Les symptômes accusés sont : des frissons, des vomis-

sements, de la céphalée, de l'agitation, des convulsions et du délire parfois, du mal de gorge. Il y a des modifications du pouls et de la fièvre.

Nous ne parlons ici que des scarlatines ordinaires ; non des apyrexies, des hyperthermies, de toutes les formes spéciales qui trouveront place au cours de notre étude.

La durée de l'invasion est plus facile à mesurer que celle de l'incubation : on a des données plus certaines et l'interrogatoire des parents est plus facile.

Assez souvent l'invasion dure moins de vingt-quatre heures et l'éruption apparaît le jour même. Dans la plus grande majorité des cas on peut estimer la durée de l'invasion comme étant de vingt-quatre heures environ. Quelquefois l'invasion dure deux jours, trois jours. Quant à des délais plus grands (quatre, cinq jours), ils deviennent rares et exceptionnels. Ces résultats sont ceux qui résultent de notre étude. Ils sont conformes aux données classiques. Les auteurs fixent la durée moyenne de l'invasion dans la rougeole à trois ou quatre jours. On voit donc que dans la scarlatine l'invasion est plus courte que dans la rougeole. Nous ajouterons que, comme nous l'avons vu, il arrive qu'on puisse s'apercevoir d'une éruption de scarlatine sans qu'aucun phénomène prodromique n'ait au préalable attiré l'attention sur l'enfant. Dans certains cas, des circonstances particulières font que l'invasion et l'éruption passent inaperçues. Exemple :

Une petite fille de sept ans est entrée le 9 mars à la salle Bouvier pour une appendicite; on a laissé la crise se calmer et le 9 avril on allait opérer la malade quand sur la table d'opération on a constaté une desquamation généralisée et datant probablement de plusieurs jours (Obs. 39).

ERUPTION

Elle succède à l'invasion.

Nous ne décrivons pas les caractères de l'exanthème, c'est affaire à la pathologie. Cet exanthème est accompagné par l'énanthème qui le précède même. En même temps il y a des adénites et de la fièvre. Nous considérons comme le début de l'éruption le moment où nous apercevons ses premières traces. On ne peut pas préciser rigoureusement sa terminaison, car elle ne diminue d'intensité que peu à peu. Dès que l'éruption s'est atténuée et que la température s'est abaissée, on peut considérer que la période a évolué.

A notre avis, ce qui est le plus intéressant à apprécier, c'est le temps pendant lequel les phénomènes éruptifs battent leur plein : Nous pouvons, dans ces conditions, fixer la période de l'éruption à trois, quatre et cinq jours; ce sont nos chiffres ordinaires.

L'éruption est parfois d'une grande intensité et sa durée est plus longue, comme dans notre observation du chapitre II où nous pouvons lui assigner une durée de sept à huit jours. C'est une anomalie rare. Au début de ces éruptions intenses la fièvre est

notable, et la température, tout en pouvant s'améliorer, ne descend pas à la normale tant que l'éruption ne s'est pas atténuée.

Dans certains cas particuliers on s'aperçoit de la scarlatine quand l'enfant desquame, l'affection étant restée jusqu'alors inaperçue : nous en avons signalé un exemple quelques lignes plus haut dans un cas d'appendicite (obs. 39). Les scarlatines frustes où il n'y a ni fièvre ni éruption sont bien connues. Parfois, dans les épidémies, l'angine seule fait faire le diagnostic.

DESQUAMATION

C'est la dernière période. Il n'y a plus de fièvre ni de phénomènes généraux. C'est la convalescence du malade, sauf, bien entendu, la présence de complications.

Il y a déjà quelques jours que l'éruption s'est atténuée et que la défervescence s'est produite quand on constate le commencement de la desquamation, fine d'abord, plus manifeste ensuite. Mais la desquamation peut être plus précoce : dans notre observation du chapitre II que nous avons déjà citée comme exemple d'une éruption d'une grande intensité, on remarquera le début de la desquamation en pleine éruption. Cette observation du chapitre II nous montre d'une part une éruption d'une grande intensité et d'autre part une desquamation très précoce ayant débuté alors que l'éruption est en pleine acti-

tivité. Nous avons remarqué des observations dans lesquelles nous avons vu des éruptions assez intenses ; la desquamation n'était jamais en retard dans tous ces cas, bien au contraire elle semblait plutôt un peu prématurée. Nous croyons donc qu'il y a une certaine relation entre l'intensité de l'éruption et la précocité de la desquamation : l'observation du chapitre II est un fait tout à l'avantage de cette opinion. Nous dirons donc qu'il nous semble que la desquamation est d'autant plus précoce que l'éruption est plus intense. Peut-être aussi est-elle plus visible dans ces conditions et plus tôt appréciable.

L'isolement du scarlatineux ne doit être levé que quand la desquamation est complètement terminée. Il faut donner un grand bain au malade quand on lève l'isolement pour enlever les dernières traces de squames. On sait que la contagion se disperse par les squames. C'est donc là une précaution nécessaire. En général il faut compter sur un isolement de quarante jours en moyenne à partir du début de la scarlatine.

La desquamation peut parfois se distinguer par une intensité plus marquée que d'ordinaire comme dans le cas suivant :

V. L..., garçon de 14 ans. Le 23 janvier il est en pleine éruption et il y a de la desquamation à la face, au tronc, aux membres inférieurs. Le 24 l'éruption est terminée. La desquamation est abondante, intense et profonde au point

qu'elle enlève un peu du corps muqueux du derme et donne à la peau un aspect sanguinolent par places (obs. 61).

La desquamation peut être interrompue par l'apparition d'un nouvel exanthème ; ce sont les rechutes (obs. 83, 84, 85, 86, 87 et 88).

La desquamation peut faire défaut, ou tout au moins sembler faire défaut, dans les cas de scarlatine légère et on ne voit alors qu'une éruption très faible (obs. 92).

Nous ne pensons pas avoir d'autres particularités à signaler.

Nous résumons notre chapitre dans ses points essentiels :

1^o *La scarlatine est une fièvre éruptive dont le microbe spécifique est encore inconnu. A propos de l'affinité des infections secondaires de la scarlatine nous avons fait remarquer que les contaminés à l'intérieur de l'hôpital sont notablement plus nombreux en chirurgie qu'en médecine ;*

2^o *Nous avons surtout décelé les circonstances de la contagion dans la contamination des frères et sœurs entre eux, dans la contamination qui se fait pendant l'attente aux consultations à l'hôpital, dans la contamination des hospitalisés ;*

3^o *Nous avons évalué la contagion à l'intérieur de l'hôpital à un sixième des cas de scarlatine ;*

4^o *Le personnel médical chargé du pavillon de la scarlatine peut s'occuper en même temps d'une salle de*

médecine générale, cette méthode n'offrant pas d'inconvénient sensible ;

5° Nous avons trouvé comme durée de l'incubation un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit et neuf jours. Nous avons trouvé ces chiffres en faisant des hypothèses vraisemblables sur les collatéraux et les enfants contaminés à l'hôpital. Notre étude clinique est d'accord avec l'enseignement donné par la pathologie ;

6° La durée de l'invasion est courte. Nos résultats sont conformes aux données classiques ;

7° La durée de l'éruption est de trois à cinq jours en règle générale ;

8° Il nous semble que la desquamation est d'autant plus précoce que l'éruption est plus intense. Peut-être aussi est-elle plus visible dans ces conditions et plus tôt appréciable.

TABLE DES COLLATÉRAUX

SÉRIE A

S. H..., 5 ans 1/2. Garçon.

Début le 29 janvier. Entré le 30.

Phlegmon de l'orbite.

Sa sœur est sortie du pavillon de la scarlatine il y a huit jours.

Nota. — Si là est la circonstance de contamination pour le frère, nous pouvons admettre comme durée de l'incubation : « sept jours au maximum ».

SÉRIE B

1^o D. E..., 13 ans. Fille.

Début le 20 février. Entrée le 21. Sortie le 2 avril.

2^o D. F..., 6 ans. Garçon.

Début le 6 mars. Entré le 10 mars. Sorti le 19 avril.

Le début au n^o 2 a lieu quatorze jours après celui du n^o 1.

3^o D. Y..., 9 ans. Fille.

Le début a lieu le 14 mai, jour de l'entrée.

Sortie le 22 juin.

Du 19 avril au 14 mai il y a vingt-cinq jours.

4^o D. T..., 6 ans. Fille.

Entrée le 30 juillet au début.

Sortie le 7 septembre.

Du 22 juin au 30 juillet il y a trente-huit jours.

5^o D. B..., 5 ans. Fille.

Mêmes dates que le n^o 4.

Nota. — Les délais indiqués (quatorze, vingt-cinq et trente-huit jours) sont trop longs pour admettre la contamination de ces collatéraux entre eux, nous ne pouvons rien en tirer pour établir une hypothèse sur la durée de l'incubation. Mais cette série établit que :

« La scarlatine existait à l'état endémique dans la maison. »

SÉRIE C

1^o G. M..., 4 ans. Garçon.

Début le 9 avril et entré le 10.

2^o G. L..., 8 ans. Garçon.

Entré le 10 avril au début.

3^o G. P..., 6 ans. Garçon.

Entré le 12 avril au début.

Nota. — Si nous admettons la contamination du n^o 3 par les deux autres, « la durée de l'incubation a été de deux à trois jours ».

SÉRIE D

1^o R. R..., 4 ans. Garçon.

Début le 12 avril. Entré le 15.

2^o R. M..., 5 ans. Fille.

Début le 17 avril et entrée le 18.

Nota. — Si nous admettons la contamination du n^o 2 par le n^o 1, la durée de l'incubation aura été de « cinq jours au maximum ».

SÉRIE E

1^o S. A..., 7 ans. Fille.

Début le 27 avril et entrée le 30. Sortie le 7 juin.

2^o S. H..., 5 ans. Fille.

Début au 10 juin. Entrée le 11. Sortie le 23 juillet.

Nota. — Si nous admettons la contamination du no 2 par le no 1, la durée de l'incubation aura été de « trois jours au maximum ».

SÉRIE F

1^o J. E..., 5 ans. Garçon.

Début le 18 mai. Entré le 21.

2^o J. L..., 20 mois. Fille.

Isolée le 18 mai de son frère scarlatineux.

Le 19 mai elle est prise de vomissements et de diarrhée.

Entrée le 21 mai avec une éruption légère.

Nota. — Si nous admettons la contamination du no 2 par le no 1, la durée de l'incubation aura été de « un jour ».

SÉRIE G

1^o M. L..., 2 ans. Garçon.

Entré le 5 juin et sorti le 12 juillet.

2^o M. A..., 9 ans 1/2. Garçon.

Mêmes dates que le précédent.

Nota. — Nous ne pouvons faire aucune hypothèse sur la durée de l'incubation. Mais les deux frères sont contaminés en même temps, c'est là une preuve de contagion bien établie.

SÉRIE H

1^o R. A..., 5 ans 1/2. Garçon.

Début le 1^{er} juin. Entré le 8. Sorti le 9 juillet.

2^o R. J..., 10 ans. Fille.

Début le 6 juin. Entrée le 8. Décès le 11.

Nota. — Si nous admettons la contamination du n^o 2 par le n^o 1, la durée de l'incubation aura été de « cinq jours au maximum ».

SÉRIE I

1^o A. D..., 3 ans. Garçon.

Début le 9 juin. Entré le 13. Sorti le 19 juillet.

2^o A. J..., 5 ans. Garçon.

Début le 12 juin. Entré le 13. Sorti le 19 juillet.

Nota. — Si nous admettons la contamination du n^o 2 par le n^o 1, la durée de l'incubation aura été de « trois jours au maximum ».

SÉRIE J

1^o R. C..., 13 ans. Garçon.

Début le 28 juin. Entré le 27 juillet. Décédé le 2 août. Mal soigné. Néphrotomie inefficace.

2^o R. L..., 9 ans. Garçon.

Début le 1^{er} juillet. Entré le 31 juillet. Mal soigné et néphrite comme son frère. Emmené par sa mère non guéri le 7 août. Du 28 juin au 1^{er} juillet il y a trois jours.

3^o R. R..., 5 ans. Garçon.

Début le 18 juillet. Entré le 20. Sorti le 23 août.

Du 1^{er} juillet au 18 : 18 jours.

Nota. — Il nous est possible d'admettre que le n^o 2 a été contaminé par le n^o 1 et la durée de l'incubation serait de « trois jours ».

Aucune hypothèse à faire pour l'incubation avec le n^o 3.

La scarlatine existe à l'état endémique dans la maison.

SÉRIE K

1^o C. M..., 14 ans 1/2. Garçon.

Début le 10 juillet. Entré le 13. Sorti le 20 août.

2^o C. J..., 13 ans 1/2. Fille.

Début le 12 juillet. Entrée le 13. Sortie le 20 août.

3^o C. A..., 10 ans. Fille.

Début le 14 juillet. Entrée le 13. Sortie le 20 août.

4^o C. C..., 7 ans. Fille.

Début le 27 août. Entrée le 28. Sortie le 8 octobre.

Nota. — Dans cette série, en admettant la contamination successive des enfants les uns par les autres, la durée de l'incubation peut être fixée ainsi : « deux à quatre jours, sept jours ».

SÉRIE L

1^o L. L..., 11 ans 1/2. Fille.

Début le 28 juillet. Entrée le 4 août. Sortie le 13 septembre.

2^o L. M..., 8 ans. Garçon.

Début le 30 juillet. Entré et sorti aux mêmes dates que sa sœur.

Nota. — En admettant la contamination du n^o 2 par le n^o 1, l'incubation a été de « deux jours ».

SÉRIE M

1^o L. R..., 13 ans. Fille.

Début le 1^{er} août. Entrée le 14. Sortie le 28 septembre.

2^o L. B..., 14 ans. Fille.

Début le 10 août. Mêmes dates d'entrée et de sortie que sa sœur.

Nota. — Si le n^o 2 a été contaminé par sa sœur, la durée de son incubation a été de « huit à neuf jours au maximum ».

SÉRIE N

1^o H. M..., 3 ans. Garçon.

Début le 3 août. Entré le 10. Sorti le 30.

2^o H. C..., 18 mois. Garçon.

Début le 9 août. Entré et sorti aux mêmes dates que son frère.

【*Nota.* — Si nous admettons la contamination du n^o 2 par le n^o 1, la durée de l'incubation aura été de « six jours ».

SÉRIE O

1^o C. A..., 5 ans. Garçon.

Début le 8 août. Entré le 29. Sorti le 25 octobre.

Albuminurie et anasarque.

2^o C. J..., 8 ans. Garçon.

Début le 1^{er} septembre. Entré le 8. Sorti le 18 octobre.

Même état que son frère, mais moins marqué.

Du 8 août au 1^{er} septembre, il y a vingt-trois jours.

Nota. — Nous ne pouvons faire aucune hypothèse sur la durée de l'incubation en raison du délai trop grand.

Mais cette série indique que « l'agent de contagé existait dans la maison ».

SÉRIE P

1^o M. E..., 7 ans 1/2. Garçon.

Début le 29 août. Entré le 31. Sorti le 8 octobre.

2^o M. H..., 2 ans. Garçon.

Début le 29 août. Entré le 31. Sorti le 8 octobre.

Nota. — Ces deux frères ont été contaminés en même temps et dans les mêmes conditions.

« Aucune hypothèse à faire sur la durée de l'incubation. »

SÉRIE Q

1^o B. P..., 4 ans. Fille.

Début le 14 novembre. Entrée le 17.

Emmenée le 13 décembre par les parents.

2^o B. A..., 15 mois. Garçon.

Début le 19 novembre. Entré le même jour. Sorti comme sa sœur.

Nota. — Si la contamination du no 2 est attribuée au no 1, la durée de son incubation a été de « cinq jours ».

RÉSUMÉ SUR LA TABLE DES COLLATÉRAUX

Cette table comprend dix-sept séries, de A à Q inclus.

Chaque série se compose des enfants d'une même famille (frères et sœurs).

Toutes les séries prouvent naturellement la contagion.

On y décèle parfois avec évidence la scarlatine à l'état d'endémie dans les maisons.

Cette table nous a permis de faire des hypothèses vraisemblables sur la durée de l'incubation et les chiffres que nous donnons représentent tous dans chaque cas un maximum.

Nous avons trouvé :

1 ^o Un jour.	{	Une fois.
2 ^o Deux jours.		Une fois.
3 ^o Deux à trois jours.		Une fois.
4 ^o Trois jours.		Trois fois.
5 ^o Cinq jours.		Trois fois.
6 ^o Six jours.		Une fois.
7 ^o Sept jours.		Deux fois.
8 ^o Huit à neuf jours.		Une fois.

CHAPITRE VI

LA FIÈVRE DANS LA SCARLATINE

La scarlatine est une infection générale ; elle est donc caractérisée par la fièvre, et c'est ce symptôme, capital dans l'espèce, que nous étudierons dans ce chapitre.

A cet effet nous distinguerons trois groupes que nous allons envisager successivement :

- 1^o Les scarlatines apyrétiques ;
- 2^o Les scarlatines normales ;
- 3^o Les scarlatines hyperthermiques.

SCARLATINES APYRÉTIQUES.

Il existe des cas de scarlatine apyrétique ; la fièvre peut manquer totalement ou bien être éphémère et peu prononcée. Ces scarlatines sont alors bénignes : l'éruption légère, l'angine rouge spéciale peu forte, l'absence de complications ou tout au moins leur manière d'être anodine sont autant de points ordinairement connexes à ces formes spéciales. La desquamation survient enfin, la maladie arrive à sa

terminaison et s'est passée sans fièvre, ou avec une fièvre insignifiante, sans phénomènes généraux sensiblement appréciables. N'oublions pas toutefois que ces formes sont tout comme les autres susceptibles de créer des accidents graves et cela d'autant plus qu'elles passent volontiers méconnues et ne s'imposent pas au traitement.

Ce sont des scarlatines frustes. Sont-elles fréquentes ? Nous aurions voulu nous faire une idée sur ce point et donner un chiffre exact des scarlatines presque apyrétiques trouvées dans notre liasse d'observations. Mais, après tentative, nous avons dû renoncer au projet de présenter une statistique minutieuse : nous avons entrevu des difficultés nous faisant craindre un écart trop grand avec la réalité. Dans bien des cas, en effet, nous avons vu une scarlatine légère et à fièvre peu élevée ; mais l'enfant était arrivé au pavillon des scarlatineux quelques jours après le début de la maladie, les renseignements et les constatations pouvaient nous faire croire à la bénignité de la scarlatine et de la fièvre ; nous étions enclin à en faire une forme apyrétique, tout semblait plaider en faveur de cette hypothèse. Mais nous n'avions pas vu l'enfant dès les premiers jours et si, comme c'est probable, il y avait eu fièvre légère, le fait n'avait pas été constaté à l'hôpital et nous n'oserions affirmer ce qui n'a pas été vu.

Nous allons essayer de rendre notre pensée par deux exemples pris dans nos observations :

1° Le nommé D. L..., âgé de 8 ans. Il est entré au pavillon de la scarlatine le 7 juillet. Il est sorti le 16 août. Pendant tout son séjour la température est restée près de la normale. Il est malade depuis le 2 juillet (vomissements, céphalée, mal de gorge). Il a une éruption légère généralisée apparue le 6 juillet et la température est à 37° ou 37°5.

Mais il nous arrive cinq jours après l'apparition des phénomènes d'invasion, laquelle a duré quatre jours (durée exceptionnelle) : Y a-t-il eu fièvre les jours précédant l'entrée à l'hôpital ? D'après le peu d'intensité des phénomènes généraux coexistant avec un exanthème léger que nous avons constaté le lendemain de son éclosion, il est présumable que la fièvre n'a pas été très élevée et qu'il s'agit d'une scarlatine à début presque apyrétique. Comme nous n'avons rien vu, nous ne pouvons ni affirmer, ni conclure.

2° La nommée C. M..., âgée de 12 ans et demi. Depuis le 5 août elle est souffrante, se plaignant de la gorge ; pas de vomissements ni diarrhée, son éruption est apparue le 8 août et elle entre au pavillon.

La langue est dépouillée, la gorge rouge, l'éruption légère et généralisée sur tout le corps. La desquamation commence le 12 août. Elle s'en va le 13 septembre. La température depuis le premier jour de son arrivée jusqu'à la fin n'a pas été élevée (38° au maximum).

Mais y avait-il fièvre dans les trois premiers jours du début avant son entrée à l'hôpital. Nous croyons que c'est un cas analogue au précédent, mais nous n'affirmerons pas ici davantage la forme apyrétique.

Nous pensons donc que les scarlatines presque

apyrétiques ne sont pas très rares, qu'elles sont plus fréquents que nous allons le signaler. Mais nous avons voulu retenir seulement les cas qui nous ont paru ne présenter à l'esprit aucune objection. Ce sont des enfants qui sont venus à l'hôpital assez vite après l'apparition des premiers signes d'invasion, ou en éruption en pleine activité avec apyrexie. En ne nous accordant aucune concession dans nos méthodes d'appréciation, nous nous croyons plus autorisé à produire les affirmations que nous tâchons d'avancer.

C'est en nous plaçant dans les conditions que nous venons d'indiquer que nous avons relevé dans nos observations vingt-deux cas que nous présentons comme des formes apyrétiques ou presque apyrétiques. Nous avons en deux mots indiqué ces vingt-deux cas (obs. 37 à 58 inclusivement).

En résumé les formes apyrétiques ne sont pas très rares, mais nous n'indiquerons aucune proportion exacte par rapport au nombre des cas de scarlatine que nous avons observés.

Les enfants qui vivent dans un milieu où la scarlatine existe à l'état endémique sont évidemment exposés à la contamination. Ils peuvent parfois n'y contracter heureusement qu'une scarlatine apyrétique et l'isolement opportun rendra le pronostic encore plus favorable.

Nous signalons parmi les vingt-deux cas relevés nos observations 39 et 46 concernant des enfants contaminés à l'hôpital dans un service de chirurgie.

Il peut se présenter des scarlatines apyrétiques bien qu'il y ait de la fièvre. Il faut donc être prévenu qu'on peut s'attendre à ces particularités pour éviter toute confusion. Il peut arriver, en effet, que la fièvre ne soit pas imputable à la scarlatine, mais à une autre cause : c'est là ce qu'il faut distinguer. Nous avons rapporté l'observation 58 qui est intéressante à ce point de vue. La fièvre était due non à la scarlatine, mais à un phlegmon périamygdalien, car, ce phlegmon s'étant ouvert spontanément, la température est redevenue normale alors que l'éruption était en pleine activité. On doit donc s'attendre à des cas analogues et le praticien doit les discerner.

Tout ce qui précède nous conduit à dire :

1° Les scarlatines apyrétiques bénignes ne sont pas très rares ;

2° Il peut se présenter des cas où une fièvre passagère n'est pas due à la scarlatine qui conserve la forme et l'allure cliniques des scarlatines apyrétiques, mais à une autre cause, une complication éphémère qui n'aggravera pas le pronostic à porter sur le malade.

SCARLATINES NORMALES

Ce sont les scarlatines ordinaires, celles qui constituent la règle. Le tableau clinique en est décrit dans tous les classiques et nous n'avons pas à insister sur la marche de la température dans ces formes qui représentent la très grande majorité des cas. En deux mots nous savons que l'élévation de la température compte au nombre des premiers symptômes de la

période d'invasion ; avec l'érysipèle, la scarlatine est même l'infection où la fièvre est d'emblée le plus élevée dans certaines circonstances.

Cette température reste élevée tant que l'éruption est active, elle baissera peu à peu à mesure que l'éruption s'atténuera. Dans les scarlatines normales sans complications il ne doit pas y avoir de fièvre à la période de la desquamation.

Il n'est pas dans notre rôle de nous étendre ici davantage sur ces formes. Nous avons voulu cependant donner comme exemple une de nos formes normales et c'est pourquoi nous avons rapporté l'observation 59 avec la courbe de la température. Sans doute la fièvre peut varier, être plus ou moins intense, mais d'une façon générale :

La conformation de la courbe ne s'éloignera pas beaucoup de celle que nous avons reproduite à notre observation 59.

SCARLATINES HYPERTHERMIQUES

Dès le début, ces scarlatines s'annoncent par des symptômes qui rendent le pronostic bien plus sérieux que dans les formes précédentes : ce sont des scarlatines malignes dans lesquelles le thermomètre monte du premier coup à 40,5 ; 41,0. L'état général est très atteint, le malade urine peu, il délire, a la langue sèche et saburrale, est dans un état d'ataxo-adynergie. Il faut alors intervenir et avec énergie, car la situation est grave. Bien plus, le rein est menacé par tous les déchets toxiques qui s'accumulent et devront

s'éliminer par l'urine ; bien plus, comme tous les autres organes le rein est altéré pour son propre compte par la toxi-infection scarlatineuse. On est en face d'un double danger : celui d'aujourd'hui représenté par l'intensité de l'infection, celui de demain qui s'installera sous forme de néphrite aiguë ou suraiguë. Le seul moyen héroïque, c'est l'emploi de grands bains généralisé qui est encore notre arme la plus puissante contre la toxi-infection, quelle qu'elle soit, avec toutes ses conséquences.

Nous ne referons pas ici l'historique de la balnéothérapie ; ses indications en cas de scarlatine sont les mêmes que pour toute autre infection grave. Le bain n'est pas un spécifique contre tel ou tel microbe ; c'est un mode de lutte contre l'empoisonnement de l'organisme par les toxines. Rappelons simplement qu'il agit surtout en favorisant la diurèse et en faisant baisser la température.

A l'aide de quels bains agirons-nous ? Bains chauds ou bains froids ? Souvent on pose en pratique cette règle : refroidir le bain d'autant plus que la température est plus forte. En principe nous souscrivons à cette manière de voir, mais avec des réserves.

Trousseau ne conseillait pas l'eau froide dans la scarlatine, il recommandait l'eau tiède.

Nous considérons comme bain froid celui qui est au-dessous de 30°.

Le bain froid excite l'activité rénale, avons-nous dit plus haut. Ce ne serait toutefois pas toujours impunément, et on a vu, disent certains auteurs,

l'albuminurie apparaît sous l'influence du bain froid. Or, nous savons combien nous devons ménager le rein dans la scarlatine.

Des complications possibles du côté du cœur ou du côté des séreuses (pleurésie), le rhumatisme scarlatin représenteraient, outre les complications rénales, autant de contre-indications pour l'emploi du bain froid dans la scarlatine.

Que faut-il penser de tous ces points ? J. Laurent a écrit avec beaucoup de soin l'histoire de la balnéation dans les maladies aiguës de l'enfance (1). Nous avons puisé dans son travail les conceptions que nous avons essayé d'esquisser brièvement. Son étude historique le conduit à préconiser la méthode du bain chaud dans la scarlatine. Mais, comme le dit très bien Laurent lui-même, ses conclusions ont besoin d'une sanction qu'il n'a pas pu leur donner : il leur manque sa vérification clinique personnelle. Nous allons donc maintenant tâcher d'obtenir l'appui que Laurent désirait pour ses conclusions en examinant la pratique suivie par notre maître commun, M. Richardière, au service de la scarlatine pendant l'année 1903.

Nous avons trouvé dans nos documents vingt et une observations auxquelles était annexée une feuille de bains. La dissertation que nous allons entreprendre repose sur l'examen que nous avons fait de ces

1. Laurent. Thèse Paris, 1903. *De la balnéation dans les maladies aiguës de l'enfance.*

vingt et une feuilles de bains. Nous ne venons pas affirmer que la balnéation a été restreinte à ces vingt et un cas, ce que nous ne savons pas. Mais notre étude est subordonnée aux ressources qui nous sont données par nos documents.

Parmi ces vingt et une observations dont nous venons de parler, mettons tout d'abord à part sept cas où il y a eu mort. Sept enfants sont morts malgré l'usage des bains, et les bains ont été chez eux donnés dans les conditions suivantes : une fois à 38°, une fois à 33°, une fois de 30° à 28°, une fois de 28° à 25°, deux fois à 25°, une fois de 24° à 22°. Si nous nous en référons à la thèse de Laurent, nous voyons que l'on s'accorde à qualifier de bain froid le bain inférieur à 30°.

Donc sur nos sept enfants, cinq ont été traités par la balnéothérapie froide. Le bain chaud ordinaire de l'enfant est de 38° ; on y a eu recours une seule fois. Une seule fois également on a fait usage d'eau tiède, et, par là, nous entendons un bain entre 30° et 35°.

Il est évident que ces sept cas ne nous suffiraient pas pour asseoir des conclusions quelconques, d'autant que, pour avoir une valeur absolue en soi, il faudrait démontrer que les enfants eussent guéri par l'emploi d'une autre méthode de balnéation. Ce qui est certain et ce qui se dégage à coup sûr de ces observations, c'est que, malgré le bain froid, la mort est survenue ; et le bain froid paraît bien cependant notre mode d'action le plus efficace contre les toxi-infections (c'est en tout cas le mode de balnéothérapie qui

a l'action la plus forte et la plus violente, surtout lorsque, comme dans nos cas, il s'agit de baisser la température du sujet). D'ailleurs on ne peut pas reprocher d'avoir employé le bain froid avec quelque imprudence, la plupart du temps, en effet, le bain a été progressivement refroidi ; ce qui, comme le fait fort bien ressortir Laurent dans son travail, permet d'obtenir certains des avantages du bain froid d'emblée, tout en évitant quelques-uns de ses inconvénients.

Quant à nos enfants qui ont été guéris par l'usage des bains, ils sont au nombre de quatorze. En ce qui concerne les enfants de deux de ces observations, il nous est impossible, avec nos documents, de savoir à quelle température furent donnés les bains ; aussi ne pourrions-nous tirer grand profit de leurs observations. Une fois on s'est borné au drap mouillé. Citons pour mémoire également l'observation d'un enfant de un an et demi traité par des enveloppements froids et qui fut emmené mourant par ses parents : n'ayant pas suivi l'évolution jusqu'au bout, nous ne sommes pas non plus en état de le faire entrer en ligne de compte. Si bien que nous n'avons que douze enfants, guéris, traités par des bains dont nous connaissons la température ; c'est à ceux-ci que devra se limiter notre statistique.

Sur ces douze enfants on a eu recours quatre fois à des bains de 30°, une fois à des bains descendus de 32° à 28°, une fois à des bains de 26° ; trois fois à des bains de 28° à 25°, deux fois à des bains de 25°,

une fois à des bains de 25° à 22°. En résumé, ce sont les bains froids qui ont été ordonnés le plus souvent, et, d'une manière générale, leur effet a été utile, puisque nous voyons que dans la presque totalité des cas il a suffi de les continuer pendant deux ou trois jours.

Dans les observations où l'état général n'était pas trop atteint et où la température n'était pas trop élevée, les bains tièdes à 30° ont aussi donné de bons résultats.

Cette statistique ne nous permet pas, comme nous l'eussions voulu, de comparer les effets des bains chauds et des bains froids, mais elle ne vient pas non plus à l'encontre de la théorie de Laurent. La vérité, croyons-nous, ne doit pas être absolue. Le hasard fait que dans la série des scarlatines à laquelle nous nous adressons dans ce travail, il n'y en a pas qui ait été traitée par des bains au-dessus de 30°. Il nous manque donc un élément de comparaison. Mais, vu la thèse de Laurent et considérant les auteurs consultés (Comby, Marfan, Juhel-Rénoy), nous croyons à l'efficacité du bain chaud dans les cas de moyenne intensité ; mais il semble que si l'état général est plus grave ou la fièvre plus élevée (l'élément hyperthermique est d'ailleurs celui que nous visons le plus dans ce chapitre), il soit utile souvent, nécessaire parfois, de recourir à des bains dont la température pourra être chaque jour abaissée. C'est d'ailleurs là la pratique suivie par notre maître, M. Richardière : on voit qu'en général il

commence par ordonner des bains à un degré plus élevé que celui auquel il tombe quelques jours plus tard. Mais, qu'on ait affaire à des malades dont l'état est plus grave, il n'hésite pas à recourir d'emblée à des températures plus basses : tel le malade d'une observation où la fièvre a persisté assez longtemps ; tel surtout celui d'une observation très intéressante pour nous puisqu'il y est question d'une scarlatine où le thermomètre est monté à 40°7 (les bains ont rapidement ramené les choses en l'état).

Nous résumerons notre idée en disant que l'hyperthermie de la scarlatine est la principale indication des bains, la seconde est l'intensité de la toxi-infection. Mais ces deux facteurs se combinent le plus souvent l'un l'autre pour imposer davantage encore cette thérapeutique.

Quant à indiquer dans l'ensemble la variété de bain qui convient plutôt que telle autre, c'est plutôt une question d'espèces que de règles générales. Le bain chaud comme le bain froid ont leurs indications d'après l'état plus ou moins grave des malades ; mais surtout nous insisterons en terminant sur les avantages que l'on peut retirer du bain progressivement refroidi, grâce auquel on arrive à abaisser assez fortement la température du bain sans que pour cela l'organisme de l'enfant en soit douloureusement impressionné.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS

La plupart de ces complications relèvent d'infections secondaires pour lesquelles le scarlatineux a une grande prédisposition ; n'a-t-on pas songé à considérer la scarlatine comme une streptococcie ? Il y a donc une distinction à établir entre les complications dues aux infections secondaires et les complications vraies de la scarlatine telles que les arthralgies et les néphrites. Nous savons que les premières ont été en bloc les grandes causes de nos mortalités. Nous n'avons pas à revenir sur cette question, notre rôle consistera uniquement à communiquer les faits constatés au pavillon Trousseau pendant l'année 1903.

Nous parlerons successivement dans des paragraphes distincts des complications qu'il nous a été donné de rencontrer, à savoir :

- 1° Les angines ;
- 2° Les adénites ;
- 3° Les otites et mastoïdites ;
- 4° Les complications gastro-intestinales.

- 5° Les complications pulmonaires ;
- 6° Les complications cutanées et suppuratives, etc.
- 7° Le phlegmon de l'orbite ;
- 8° L'orchite, l'épididymite, la vaginalite ;
- 9° Le rhumatisme scarlatin ;
- 10° Les albuminuries et les néphrites ;
- 11° L'urticaire ;
- 12° La rougeole et la varicelle.

Quant aux accidents nerveux, ils sont liés à ces formes hyperthermiques ou ataxo-adiynamiques qui constituent les scarlatines malignes dans lesquelles une issue fatale n'est pas rare. Nous en dirons autant des scarlatines hémorragiques. Nos cas de mortalité fournissent plusieurs exemples que nous avons passé en revue. Nous n'y insisterons pas davantage.

Nous devrions maintenant rappeler aussi pour mémoire les scarlatines malignes à formes gastro-intestinales, mais nous sommes amené à les placer à côté d'autres complications de moindre importance.

§ I. — *Les angines.*

Dans les cas ordinaires nous avons l'angine simple : c'est l'angine érythémateuse ou pultacée, un énanthème qui coexiste avec l'exanthème et le précède même un peu. Cet énanthème est une cause de gêne pour les malades et une difficulté pour la déglutition. En même temps il y a adénite des ganglions cervicaux. La langue, d'abord blanche, va se dépouiller

de son épithélium et devenir framboisée. On a fait parfois, pendant les épidémies surtout, le diagnostic de scarlatine sur la seule constatation de cette angine.

Mais l'angine scarlatineuse ordinaire ne doit pas nous arrêter ici davantage et nous devons surtout nous occuper des angines qui comptent comme complications de la scarlatine. Parmi elles il y a des angines précoces qui surviennent dans les premiers jours de la maladie, et des angines tardives qui se montrent plus tard à la fin de l'éruption, lorsque celle-ci est tout à fait disparue. Selon les auteurs, les angines précoces ne sont pas des angines diphtériques, les angines tardives seules présentent le bacille de Lœffler (1). A l'encontre de cette opinion généralement admise, il nous faut faire remarquer ici que nous avons constaté des angines précoces à bacilles de Lœffler.

Nous avons l'espoir de pouvoir justifier notre affirmation auprès des lecteurs et nous la formulons nettement parce que nous avons pour la produire comme appui le contrôle et l'autorité de notre maître, M. Richardière, qui s'est empressé de faire ressortir à nos yeux l'intérêt qu'il y avait à mettre ce fait en évidence.

Nous avons été externe au pavillon de la scarlatine pendant la première partie de l'année 1903.

1. Würtz et Bourges. *Archives de médecine expérimentale*, 1890.

En collaboration avec mon collègue et ami Laurent nous avons relevé minutieusement toutes les formes angineuses constatées pendant les quatre premiers mois (janvier à avril inclusivement). M. d'Oelnitz, interne du service, a bien voulu nous accorder sa participation dans cette étude et nous lui devons notamment l'examen bactériologique des cultures. Notre statistique concernant le point qui nous occupe porte sur cent vingt-deux entrées. Les angines pseudo-membraneuses que nous avons rencontrées sont :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1° Les angines à cocci. | 24 dont 2 déc. (obs. 2 et 9); |
| 2° Les angines à staphylocoques. . | 3 cas |
| 3° Les angines à streptocoques. . . | 5 cas dont 1 déc. (obs. 4); |
| 4° Les angines à bacilles de Löffler. | 17 cas dont 4 déc.
(obs. 1, 3, 7 et 10.) |

Les trois premières sont des angines précoces. La diphtérie a été plus souvent une angine tardive, conformément à la doctrine classique, qu'une angine précoce ; mais nous avons noté, sur nos dix-sept cas, sept fois l'angine diphtérique précoce.

Afin de nous expliquer le mieux possible, nous dirons que nous avons compté comme angines tardives toutes celles qui ont été notées vers la fin de l'éruption, au moment où celle-ci s'atténue. Mais les angines précédant l'éruption ou constatées à son apparition et alors qu'elle est bien accusée peuvent évidemment, être considérées sans aucune contestation possible comme des angines précoces, sous la

réserve toutefois de la discussion que nous avons l'intention de soulever dans un instant.

Nous venons d'indiquer qu'il y a eu sept décès sur quarante-neuf cas d'angines pseudo-membraneuses. Nous n'allons pas nous entretenir ici du rôle de ces angines au point de vue de l'action morbide. L'infection secondaire fait la gravité de la scarlatine. Nous pensons avoir assez discuté cette question dans notre chapitre IV et y revenir à nouveau maintenant serait nous répéter sans raison.

Nous avons dit que notre statistique de ces angines avait trait aux quatre premiers mois de l'année et portait sur les observations prises par nous-même; nous avons voulu rester rigoureux sur nos chiffres et nous garantissons une exactitude absolue dans les proportions résultant d'une statistique qui porte sur un nombre de cas relativement restreints. Nous aurions pu sans doute, sans faire de proportions, signaler d'autres cas d'angine pseudo-membraneuse par la suite. Il nous est apparu que la chose n'avait pas grand intérêt; pour présenter une statistique admissible, il faut, en effet, pouvoir affirmer qu'il n'y a pas d'omission: c'est ce que nous ne sommes pas en état de faire, et dans les observations qu'on nous a données à étudier nous avons vu parfois des angines graves sans qu'on ait noté le résultat de la culture. Pour cette question nous nous en tenons donc à une statistique portant sur à peu près le tiers des cas de l'année; elle est plus modeste que si nous

avons envisagé tous les cas de l'année, mais d'autre part elle est en même temps bien précise.

Nous faisons remarquer que notre statistique, si nous voulions prendre pour base les décès constatés dans chacune des espèces d'angines pseudo-membraneuses relevées, est parfaitement d'accord avec ce que tout le monde sait au point de vue de la virulence des microbes : les angines à cocci et à staphylocoques sont des angines relativement bénignes, les angines à streptocoques et à bacilles de Lœffler sont plus graves. La statistique que nous avons faite est bien en harmonie avec ces notions bactériologiques, et il suffit pour s'en rendre compte de jeter un coup d'œil sur les chiffres que nous avons présentés. Les angines à pneumocoques sont aussi des angines relativement bénignes par rapport à celles à streptocoques et à bacilles de Lœffler. Nous n'avons pas trouvé l'angine à pneumocoques parmi les cas compris dans la statistique que nous avons relevée, mais nous l'avons notée deux fois : un cas en juin et un autre en juillet se rapportant à un enfant décédé (obs. 28). L'angine à pneumocoques est une angine précoce.

Dans les angines pseudo-membraneuses il peut y avoir plusieurs espèces de microbes : nous avons trouvé des cocci dans des angines diphtériques ainsi que dans les angines à streptocoques. Les associations microbiennes ne combinent pas toujours leurs effets, chaque espèce agissant indépendamment de l'autre ; mais il y a là une condition plutôt désavan-

tageuse pour le malade parce que, en outre de l'action des microbes plus virulents, les streptocoques par exemple, entrent encore en ligne et en même temps l'action des microbes moins virulents comme les cocci. De plus les deux espèces microbiennes exaltent leurs effets réciproques et exagèrent leur virulence. Pour ce qui est de ces angines à associations microbiennes, nous n'avons, dans notre classement, tenu compte que de l'espèce la plus virulente : ainsi une angine contenant des streptocoques et des cocci a été notée comme angine à streptocoques.

L'observation 60 nous semble présenter quelques particularités que nous voulons mentionner :

La petite B. D... est malade le 24 mars et l'éruption paraît le 26. Elle ne vient à l'hôpital que tardivement et nous la voyons le 8 avril en desquamation, la gorge est normale ; le 10 avril il y a un exsudat amygdalien dont la culture a donné des cocci (c'est une angine à forme précoce survenue tardivement) ; le 11 avril l'examen de la gorge montre une diminution de la rougeur et la disparition de l'exsudat ; le 22 avril, onze jours plus tard, on trouve sur l'amygdale gauche un exsudat pseudo-membraneux et la culture a donné des bacilles moyens.

Dans cette observation 60 nous avons donc deux angines successives : une première à cocci survenue au moment de la desquamation, une seconde un peu plus tard et qui est de la diphtérie.

Nous savons que le bacille diphtérique a trois modalités ; ce sont :

Les bacilles courts ;

Les bacilles moyens ;

Les bacilles longs.

Sur les dix-sept cas signalés dans notre statistique, nous avons trouvé :

Les bacilles courts { quatre fois (dont deux fois
avec association de cocci)

Les bacilles moyens — onze fois

Les bacilles longs — deux fois

Les bacilles courts sont des bacilles de moindre virulence, voire de virulence nulle ; cette propriété n'appartient qu'aux deux autres formes (l'observation 3 a cependant trait à un décès où on n'a relevé que des bacilles courts dans la culture).

On sait que les laryngites sont tout à fait exceptionnelles dans la scarlatine. « Trousseau disait que la scarlatine n'aimait pas le larynx. » Nous croyons donc utile de signaler un cas d'angine à staphylocoques où M. Richardière a noté l'existence de cette complication et nous l'a fait consigner dans notre observation : les caractères anormaux de la voix très manifestement enrouée ont établi le diagnostic. Nous avons relaté cette observation (observation 61) en raison de la rareté de cette complication chez les scarlatineux. L'observation 7, enfant atteint de diphtérie avec croup au premier degré et décédé, ne peut être mentionnée qu'avec restriction (la scarlatine ayant été consécutive à la diphtérie).

Nous entreprenons maintenant la discussion que nous avons annoncée plus haut à propos des angines diphtériques précoces, sept cas sur dix-sept.

Nous comprenons bien que l'angine scarlatineuse serve de porte d'entrée au bacille de Klebs et que les scarlatineux sont un terrain tout prédisposé à la diphtérie secondaire, c'est l'angine tardive qui frappe un enfant déjà malade (1) et si la diphtérie primitive est déjà grave par elle-même, à plus forte raison la diphtérie secondaire sera une complication sérieuse de la scarlatine. Mais si l'angine survenait aux premiers jours de la maladie, elle serait grave peut-être au même degré que la diphtérie primitive ; l'organisme n'est pas encore affaibli par la maladie. Les angines pseudo-membraneuses apparaîtraient donc avec un pronostic plus sombre, au point de vue théorique du moins, que les angines primitives. Cependant dans nos sept cas d'angines diphtériques précoces il y a deux décès (obs. 7 et 10) alors qu'il n'y en a aussi que deux dans nos dix cas d'angines diphtériques tardives (obs. 1 et 3). Ceci n'indique pas grand chose : en effet, l'état général et la constitution plus ou moins robuste des enfants sont des éléments qui doivent entrer en ligne de compte.

1. Bourges. Thèse de Paris, 1891. *Les angines de la scarlatine.*

Et, nous semble-t-il, entre une angine diphtérique précoce et une autre tardive, nous devons considérer cette dernière comme d'un pronostic plus sérieux par rapport à l'autre.

Mais ces angines diphtériques précoces, existent-elles ?

Prenons l'observation 7.

L'enfant entre à la diphtérie le 8 mars, quatre jours après le début. L'enduit pseudo-membraneux qui tapisse la gorge a donné à l'examen des bacilles moyens. Le 11 mars, la gorge est presque propre. Le 21 mars, dix jours après, élévation de la température et éruption de scarlatine ; l'enfant passe dans notre service où il est mort le 15 avril.

Pouvons-nous faire remonter le début de la maladie au 4 mars ; l'éruption venue le 21 mars ayant apparu dix-sept jours après le début et dix jours après l'amélioration de l'angine diphtérique ? C'est une scarlatine consécutive à la diphtérie. L'enfant a été contaminé de scarlatine encore en puissance d'angine diphtérique en déclin. Donc nous n'allons pas dire qu'il s'agit d'une angine scarlatineuse précoce à bacilles de Klebs, mais nous voyons pour le moins bien nettement que la scarlatine est, dans cet exemple, consécutive à la diphtérie.

Voyons l'observation 62.

L'enfant se plaint le 20 avril de la gorge et de la tête, l'éruption apparaît le 21 et elle entre à l'hôpital ; on la voit le 22 : on constate l'éruption et un exsudat sur l'amygdale

gauche qui a donné des bacilles moyens. La température est à 39°,4. Le 23 avril, l'exsudat a à peu près complètement disparu. La température est à 38°. La desquamation commence le 24 avril.

On voit bien la différence entre l'observation 62 et l'observation 7 : ici nous n'avons pas une angine diphtérique améliorée dix jours avant l'apparition de l'éruption, ni davantage une éruption venue dix-sept jours après les premiers phénomènes ; dans l'observation 62, les diverses périodes (invasion, éruption) ont une durée rationnelle, la scarlatine à ce point de vue a évolué normalement. L'angine existe dès les premiers jours de la maladie, elle coïncide avec l'éruption, elle est améliorée et l'exsudat a presque disparu quand vient la desquamation. N'est-ce pas ce qu'on appelle une angine précoce ? Nous n'oserions pas soutenir le contraire.

Les observations 63 et 64 nous paraissent des cas analogues à l'observation 62.

L'observation 10, enfant décédée, montre une angine diphtérique antérieure à l'éruption de quelques jours ; dans la desquamation, nouvelle poussée de l'angine diphtérique.

L'observation 83 est un cas de rechute où on a, dans l'angine, trouvé des bacilles courts au moment de la seconde éruption.

Dans l'observation 65 on a :

Une angine diphtérique au début et qui s'améliore vite : au bout de sept jours la gorge est presque propre ; le lende-

main, ascension thermique brusque et éruption de scarlatine.

L'éruption est apparue après huit jours d'invasion, ce qui est long, admettons qu'il s'agit ici d'une scarlatine consécutive à la diphtérie ? La brusque élévation de la température coïncidant avec l'éruption représenterait une courte invasion (l'éruption peut apparaître le même jour que l'invasion).

Les observations 66 et 67 nous paraissent se rapprocher de l'observation 65.

Des scarlatines sont donc consécutives à la diphtérie, et elles surviennent dans un délai assez restreint.

Laissons de côté l'observation 7 qui nous paraît manifestement consécutive à la diphtérie et l'observation 83 qui est un cas trop particulier. Pour les autres, alors que l'on voudrait accepter que scarlatines consécutives à la diphtérie et que angines diphtériques précoces, doivent rester, même dans les conditions où nous sommes placés, deux notions distinctes, les observations 62, 63 et 64 persistent sans conteste comme des cas d'angines diphtériques précoces. Nous ne prévoyons pas les objections qu'on pourrait faire contre la possibilité des angines diphtériques précoces. Pourquoi les microbes de Klebs-Löffler ne se montreraient-ils pas dans les premiers jours de la scarlatine tout aussi bien que les cocci, les staphylocoques, les pneumocoques, les streptocoques ? On ne saurait s'arrêter à l'idée d'érythème scarlatiniforme, puisque le Dr Richardière a lui-

même reconnu qu'il s'agissait bien de scarlatine vraie. La diphtérie n'a pas besoin, pour s'installer, d'un terrain altéré par une autre maladie en période avancée, la diphtérie primitive n'existerait pas s'il en était ainsi. Et alors, peut-on admettre une incompatibilité d'association entre l'agent pathogène de la scarlatine et le bacille de Loeffler? Nous ne le croyons pas. Dans les scarlatines consécutives à la diphtérie (voir les observations 65, 66 et 67 notamment), nous constatons que la scarlatine apparaît dans un délai trop court pour que l'organisme soit entièrement soustrait à l'action du bacille diphtérique ou de ses toxines. Nous pensons donc que les angines diphtériques précoces sont possibles, nous disons qu'elles existent et que nous les avons vues. Admettons qu'elles soient plus rares que les angines tardives, mais elles existent. D'ailleurs le fait n'est pas nié. Bourges (1) dans dix-huit cas d'angines pseudo-membraneuses précoces a trouvé dix-sept fois le streptocoque et une fois le bacille de la diphtérie.

L'hypothèse d'une proportion inverse serait plutôt compatible aux angines tardives.

Continuant notre discussion nous dirons maintenant : qu'il s'agisse soit de diphtéries précédant de quelques jours la scarlatine sévissant alors sur un malade influencé par le bacille de Loeffler ou ses toxines, soit de diphtéries précoces coexistant avec les premiers jours de la scarlatine, dans les deux cas

1. Thèse de Paris, 1891, déjà citée.

nous sommes en présence, par opposition aux diphtéries tardives des scarlatineux mieux connues, de diphtéries que nous pouvons appeler *des diphtéries prématurées*. Les deux notions *angines anti-diphtériques et angines diphtériques précoces* se confondent en une seule conception : *les angines diphtériques prématurées*. Ils'en dégage ce principe : *c'est que diphtérie et phénomènes initiaux de la scarlatine ne sont pas deux choses inconciliables et non réalisées*.

Ce n'est pas là une chose contestée puisque Bourges signale dans sa thèse, comme nous l'avons déjà dit, un cas d'angine diphtérique sur dix-huit cas d'angines pseudo-membraneuses précoces. Mais il nous semble que, à la lecture des livres classiques, les angines que nous appellerons maintenant *des diphtéries prématurées* sont d'une rareté si grande qu'on a plutôt tendance à acquérir le sentiment qu'elle n'existent pour ainsi dire pas. Nous avons jugé bon d'insister.

Nos diphtéries prématurées sont-elles si rares qu'on le soutient ? Nous respectons l'opinion générale admise dans le monde médical et il nous appartient de l'admettre. Nous sommes cependant obligé d'exposer que, dans la statistique que nous avons faite, un fait essentiel domine toute la situation : la forte proportion des angines diphtériques prématurées.

Sur quarante-neuf cas d'angines pseudo-membraneuses nous avons dix-sept cas de diphtérie et, sur ces dix-sept cas, nous avons sept cas de diphtéries

prématurées. Les dix autres cas sont des diphtéries tardives. Et remarquons bien ceci, c'est que toute diphtérie constatée à la fin d'une éruption qui s'atténue est notée par nous comme angine tardive : nous ne serons donc pas taxé d'user de latitude pour formuler nos appréciations. Répétons que notre statistique porte sur les quatre premiers mois de l'année, c'est-à-dire sur un espace de temps assez court.

En reprenant nos cas de diphtéries prématurées nous avons relevé ce qui suit :

1^o Observation 66.

Malade le 1^{er} mars. Entre à la diphtérie le 5 mars : angine pseudo-membraneuse à bacilles moyens, éruption de scarlatine. Passage à la scarlatine le 13 mars en desquamation. Gorge sans exsudat.

2^o Observation 65.

Entrée à la diphtérie le 28 février ; elle est malade depuis trois jours. Bacilles longs. Le 5 mars, cinq jours après, la gorge est améliorée, presque propre : il survient une ascension de la température et apparition de l'éruption de scarlatine. Passage à la scarlatine le 13 mars en desquamation. Mauvais état de la gorge subsiste.

3^o Observation 67.

Entrée le 27 février à la diphtérie. Malade depuis trois jours. Bacilles moyens. Le 5 mars, six jours après, ascension thermique et le 7 mars éruption de scarlatine. Passage à la scarlatine le 14 mars en desquamation. Gorge à peine rouge.

4^o Observation 7.

Malade le 4 mars, il entre à la diphtérie le 8 mars ; bacilles moyens. Le 21 mars, ascension thermique et éruption. Desquamation le 28 mars. Décédé le 15 avril.

5^o Observation 10.

Malade le 10 mars. Le 14 mars, à la diphtérie. Bacilles moyens. Le 21 mars gorge rouge sans exsudat et éruption de scarlatine. Paralyse du voile. Le 25 mars la desquamation commence. Le 15 avril : bacilles courts ; passage à la scarlatine.

6^o Observations 62 et 63.

Les observations 62 et 63 sont des enfants venus directement au pavillon de la scarlatine en entrant à l'hôpital en éruption avec coexistence d'angine pseudo-membraneuse à bacilles moyens. La desquamation est venue ensuite, la gorge étant améliorée.

Ainsi la scarlatine existait dans le service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant le mois de mars de l'année 1903 : des enfants qui y étaient en traitement pour la diphtérie y ont contracté la scarlatine. Il y avait endémie de scarlatine au service de la diphtérie. Il y a eu incubation de scarlatine pendant l'hospitalisation au service de la diphtérie ; dans l'observation 7 l'éruption est apparue après treize jours d'hospitalisation au service de la diphtérie. Pouvons-nous soutenir avec ces constatations un antagonisme même relatif entre la diphtérie et le début de la scarlatine ? Notre rôle ici

a été de mettre en relief des faits que nous considérons du plus haut intérêt. Aux compétences scientifiques plus autorisées qui jugeront pouvoir leur accorder un peu d'attention, nous donnons l'occasion de continuer la discussion avec l'espoir de connaître leurs avis. Notre tâche sur ce sujet est remplie et nous estimons que nous avons traité la question autant qu'il nous était possible de le faire. Mais, pour conclure, nous en rapportant uniquement aux faits que nous avons vus, nous allons dire :

La diphtérie existe au début de la scarlatine et cela peut ne pas être très rare, à ce point que la scarlatine peut exister à l'état endémique dans un service de diphtérie.

Notre statistique a relevé dix cas d'angines diphtériques tardives sur dix-sept cas de diphtérie et sur un ensemble de quarante-neuf angines pseudo-membraneuses. Ces angines tardives étant régulièrement admises dans la science, nous n'avons rien à dire et nous pouvons nous borner à signaler celles que nous avons rencontrées dans notre statistique. Nous observons cependant qu'elles ont montré une certaine fréquence et il y a lieu d'en donner l'explication, d'ailleurs assez facile à concevoir. Ces angines tardives sont survenues alors que la scarlatine existait à l'état endémique dans le service de la diphtérie et que des passages au pavillon des scarlatineux y ont été faits. On doit certainement attribuer à cette influence la proportion des angines tardives que nous avons relevées ; c'est là que réside la cause de la contagion au

pavillon Trousseau. Empressons-nous de dire que, la contamination du pavillon Trousseau vite reconnue, M. Richardière a fait injecter préventivement les enfants alors en traitement au pavillon et tous les enfants qui sont venus les jours suivants dès leur arrivée (On a injecté dix à vingt centimètres cubes de sérum antidiphtérique). Grâce à cette mesure il n'y a plus eu par la suite de diphtérie au pavillon Trousseau. Nous confirmons ici la propriété prophylactique bien connue de la sérumthérapie. Nous savons aussi que le sérum est non seulement préventif, mais qu'il est de plus curatif. Cette propriété curative du sérum a été aussi appliquée utilement par M. Richardière. La scarlatine associée à la diphtérie doit être traitée par le sérum anti-diphtérique.

§ 2. — *Adénites.*

Les adénites sont des complications d'une très grande fréquence dans la scarlatine. Cadet de Gassicourt y insiste dans ses cliniques. Cette fréquence porte surtout sur les ganglions lymphatiques situés derrière l'angle de la mâchoire ; les ganglions du cou sont aussi souvent enflammés. Ces adénites sont contemporaines de l'angine scarlatineuse. Il y a propagation de l'inflammation par voisinage. Ces adénites sont donc connexes à l'angine. Nous avons peu de chose à en dire. Nous avons constaté la fréquence de ces complications telle que nous la for-

mulons plus haut. L'adénite peut dans quelques cas porter aussi sur les ganglions de l'aisselle. En général l'adénite s'amende en même temps que la gorge s'améliore. Il y a relation entre l'acuité de l'adénite et celle de l'angine, ce qui se conçoit aisément. L'adénite peut suppurer et durer longtemps, persistant parfois encore quand la scarlatine est arrivée à son déclin. Il y a presque toujours dans ces conditions par ailleurs une autre suppuration, l'otite notamment coexiste souvent avec ces adénites à suppuration prolongée. Il peut y avoir des phénomènes généraux, et en particulier de la fièvre, en rapport avec l'intensité de ces complications. Nous rappelons ici encore une fois que la streptococcie a une tendance trop facile à évoluer sur un terrain scarlatineux.

En résumé les adénites se voient souvent dans la scarlatine.

§ III. — *Les otites. Mastoïdites.*

L'otite dans la scarlatine est comme les adénites l'expression d'une infection secondaire. L'otite survient par propagation de l'inflammation pharyngienne à l'oreille par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. Des microbes habitent la bouche à l'état normal. Chez un sujet amoindri par une maladie générale à détermination pharyngée, ces microbes acquièrent de la virulence. Nous savons combien la scarlatine est un terrain propice à ces processus infectieux. Les streptocoques jouent, bien entendu, dans l'allure des otites le rôle prépondérant.

Au point de vue du pronostic général à porter sur les malades, les otites à elles seules ne peuvent fixer un jugement quelconque ; la loi — et ce principe trouve notamment sa grande application en matière de scarlatine — c'est que l'infection du sujet dans son ensemble fait la gravité de la situation.

Mais les otites considérées en particulier doivent surtout nous préoccuper au point de vue du pronostic local, on connaît bien leur tendance à la chronicité et l'ouïe est alors notablement compromise.

L'otite est donc une complication qui réclame toute l'attention des médecins et qui demande à ne pas être négligée.

Nous avons relevé quarante-cinq fois la présence de l'otite sur l'ensemble de nos observations, soit presque un huitième des cas. Sur ces quarante-cinq cas, vingt-quatre fois l'otite a été unilatérale et vingt et une fois bilatérale. Dans les otites unilatérales, nous avons relevé seize fois l'otite unilatérale gauche et huit fois l'otite unilatérale droite.

Quarante-cinq otites	Otites unilatérales = 24	gauches = 16
	Otites bilatérales = 21	droites = 8

Sur les vingt et une otites doubles, il y a six décès (obs. 7, 9, 10, 11, 16 et 35). L'otite double vient dans ces cas de mort et d'accord avec d'autres circonstances accuser un organisme fortement infecté et témoigner d'une suppuration intense se manifestant de divers côtés ; c'est ainsi que, dans ces six cas de mort, nous constatons en même temps que

l'otite double, soit un adéno-phlegmon sous-maxillaire (obs. 10), soit un phlegmon du pied droit (obs. 16), soit un phlegmon de la fesse (obs. 35), des adénites, et on pourrait s'imaginer toutes sortes de complications du même genre. L'état général, l'état fébrile, tout cela est sous la dépendance du tableau d'ensemble qui domine la scène.

L'otite peut survenir de bonne heure : nous en avons vu à l'éruption, dans les premiers jours de la desquamation, souvent elles peuvent apparaître à une période plus avancée de la maladie.

L'écoulement purulent persiste longtemps et nous voyons des enfants quitter le pavillon guéris de leur scarlatine en cours de suppuration auriculaire.

Il y a des complications possibles à la suite des otites, l'apophyse mastoïde, les méninges, le cerveau sont les lieux d'élection de ces complications. Ces complications s'expliquent naturellement en raison des connexions anatomiques de ces régions.

L'apophyse mastoïde surtout peut se trouver atteinte. Comme nous l'avons constaté, on peut trouver la mastoïde douloureuse à la pression et, trois ou quatre jours après, cette réaction douloureuse peut s'atténuer, disparaître ; il n'y a pas lieu de s'inquiéter autrement dans ces conditions et on peut attendre les événements. Mais si la mastoïdite devient évidente, si l'enfant souffre et ne trouve plus le sommeil, si la douleur à la pression de l'apophyse mastoïde, loin de se calmer, persiste et même augmente,

il faut alors tout de suite et sans hésiter faire la trépanation de l'apophyse.

Ce qui serait la règle en cas d'otites négligées n'a été heureusement qu'un fait tout à fait exceptionnel au pavillon Trousseau pendant l'année 1903, car ces complications ne sont pas abandonnées à elles-mêmes. Nous avons rapporté l'observation 68 dans laquelle on verra qu'il a été jugé à propos de trépaner la mastoïde.

De la mastoïde, le pus peut fuser soit en arrière (du côté du sinus latéral), soit vers la pointe et par là se propager dans le cou.

La trépanation de la mastoïde est une opération indispensable pour éviter toutes ces conséquences et il faut qu'elle soit faite assez à temps. Songeons en outre que la fièvre, l'agitation et l'état de souffrance du malade s'ajoutent aux autres considérations pour réclamer une intervention encore plus hâtive. Dans tous ces cas la trépanation de la mastoïde doit se faire et elle s'impose immédiatement. Nous estimons que la trépanation de la mastoïde devient ainsi une opération d'urgence tout comme peut l'être par exemple soit celle de l'anus contre nature en cas d'occlusion intestinale, soit la kélotomie, soit l'intervention en cas d'infiltration d'urine. Il existe quelques-unes de ces opérations d'urgence que tout praticien doit pouvoir et oser aborder; pour nous, la trépanation de la mastoïde en fait partie. Tout médecin doit pouvoir aller au-devant du pus qui se trouve dans l'apophyse mastoïde. C'est d'ailleurs une inter-

vention à la portée de tous les praticiens qui, sans prétendre à la qualité de chirurgien, veulent, soucieux des existences qu'une inertie coupable ne pourrait sauver, s'imposer la technique des opérations d'urgence. Parler sur la technique de l'intervention qui nous a amené à faire les réflexions que nous venons d'exposer, non sans utilité, croyons-nous, ce serait d'une façon trop évidente nous éloigner de notre programme: toutefois, et pour mémoire, nous nous permettons de rappeler les écueils à éviter dans la trépanation de l'apophyse mastoïde. Ces écueils à éviter sont : le sinus latéral et surtout le nerf facial. Si on a ouvert le sinus latéral on arrivera toujours à se rendre maître de l'hémorragie en bourrant ce sinus avec de la gaze aseptique. Quant au nerf facial, si vous trépane méthodiquement, avec précaution, avec prudence afin de ne produire aucune fracture par éclatement de l'apophyse mastoïde, vous n'avez aucune crainte dans ce cas de blesser le nerf dont il s'agit: le nerf facial est situé assez profondément pour ne jamais venir à votre portée si vous avez bien dirigé votre manuel opératoire. Vous pourrez ainsi fouiller l'antre et les cellules mastoïdiennes sans danger pour le nerf facial. On sait combien il est important de ne pas blesser ce nerf facial puisqu'on est désarmé et presque sans ressource vis-à-vis de la paralysie qui en résulte, mais, d'autre part, nous venons d'indiquer que l'opérateur peut assez facilement éviter de produire cette blessure.

Pour terminer ce paragraphe nous n'avons plus

qu'à indiquer les particularités que nous pensons pouvoir en dégager et qui sont :

1^o *La statistique que nous avons présentée fournit à peu près un huitième d'otites sur l'ensemble des cas observés.*

2^o *Il est important de trépaner la mastoïde dans les cas opportuns.*

3^o *La trépanation d'apophyse mastoïde doit compter comme une opération d'urgence.*

§ 4. — *Complications gastro-intestinales.*

Les vomissements sont assez souvent notés parmi les phénomènes initiaux, mais c'est là un des signes de l'invasion et non une complication de la scarlatine.

La diarrhée simple peut se voir, mais c'est là un détail qui ne saurait non plus nous arrêter davantage.

Ce qui est plus important à relater, ce sont ces scarlatines graves avec complications gastro-intestinales qui contribuent à rendre le pronostic sérieux. Nous n'avons pas beaucoup à y insister en ce moment puisque nous en avons déjà parlé dans notre discussion sur les causes de la mort. Les manifestations gastro-intestinales, comme d'autres déterminations viscérales, peuvent aider à une mort plus rapide, mais nous ne pouvons que rappeler nos développements antérieurs où nous établissons que le petit malade meurt avant tout dans la majorité de nos cas.

En état d'infection et d'intoxication d'origine microbienne sur un terrain scarlatineux.

Rappelons que sept fois dans nos décès sur trente-six-cas, les altérations gastro-intestinales comptent au nombre des causes de la mort (obs. 2, 5, 11, 12, 13, 30 et 33).

Nous terminons ce paragraphe en signalant un cas de constipation : il s'agit de scarlatine à évolution normale, la malade est en desquamation, la température est normale ; pendant quatre jours il y a fièvre entre 38° et 39° sans qu'on en trouve la cause apparente. On administre une purgation pour combattre la constipation. La température tombe le lendemain d'emblée à la normale. Il n'y a plus eu d'ascension thermique par la suite.

En résumé ce sont les scarlatines graves à formes gastro-intestinales qui tiennent la plus grande place dans ce genre de complications.

§ 5. — Complications pulmonaires.

Nous avons relevé huit fois LA BRONCHITE au cours de la scarlatine dans nos observations ; c'est là une complication vulgaire qui ne présente rien de spécial chez les scarlatineux : avec les précautions élémentaires et d'usage en pareil cas

La bronchite guérit assez vite tandis que la scarlatine poursuit son évolution normale et est peu influencée par la petite complication dont nous venons de parler.

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, ici comme toujours, assombrit notablement le pronostic à porter sur les malades. Les enfants en état de moindre résistance et cachectiques sont évidemment moins bien disposés que les autres à lutter contre une maladie infectieuse intercurrente et en particulier contre la scarlatine dont il s'agit en l'espèce. Dans les cas de mort que nous avons rapportés, la cachexie avancée du sujet entre au moins trois fois en ligne de compte parmi les causes de la mort et, en s'en rapportant aux observations, on juge que ces trois cachectiques sont très probablement phtisiques (obs. 23, 24 et 25). Naturellement nous ne voulons pas dire que tout enfant phtisique en puissance de scarlatine doit mourir au cours de sa scarlatine. C'est l'état général du malade et son degré de résistance qui font tout le pronostic concernant la scarlatine. Les observations 69 et 70 représentent précisément deux cas de tuberculose pulmonaire dans lesquels les enfants ayant contracté la scarlatine, celle-ci est arrivée au terme de son évolution et s'est terminée par la guérison. La tuberculose pulmonaire évolue indépendamment de la scarlatine.

En somme nous relevons cinq cas de scarlatine chez des enfants frappés de tuberculose pulmonaire : trois fois les enfants sont morts en puissance de scarlatine (obs. 23, 24 et 25) et deux fois la scarlatine a guéri (obs. 69 et 70).

Nous signalons sept fois LA BRONCHO-PNEUMONIE sur l'ensemble de nos observations. Sur ces sept cas,

deux fois il y a coexistence de rougeole (obs. 71 et 72) : il est assez logique dans ces deux cas de considérer la broncho-pneumonie plutôt comme une complication de la rougeole que de la scarlatine. Il nous reste ainsi cinq cas de scarlatine sans association de rougeole. Sur ces cinq cas nous avons trois décès (obs. 1, 10 et 17). Nous pouvons rapporter l'observation 73 comme un quatrième décès : l'enfant n'est pas mort à l'hôpital, mais il est parti mourant sur la demande de sa mère. Nous signalons un seul cas (obs. 74) de scarlatine compliquée de broncho-pneumonie avec guérison. Sur nos deux cas avec association de rougeole, nous pouvons rapporter un autre décès (obs. 72) dans les mêmes conditions que nous l'avons fait pour l'observation 73.

En résumé nous synthétisons nos sept cas de broncho-pneumonie sous la forme suivante :

Sept cas de scarlatine compliquée de broncho- pneumonie.	Sans association de rougeole.	5 cas	Morts à l'hôpital.	= 3 cas
			Présumé mort chez les parents.	= 1 cas
	Avec association de rougeole.	2 cas	Guérison.	= 1 cas
			Présumé mort chez les parents.	= 1 cas
			Guérison.	= 1 cas

La broncho-pneumonie est donc une complication très grave. Mais elle se voit assez rarement dans la scarlatine : sur trois cent cinquante entrées nous signalons sept fois la broncho-pneumonie dont cinq

décès (encore faut-il retenir que dans deux cas il y a coexistence de rougeole).

M. Robinet, dans sa thèse sur la rougeole (1), signale : sept cent douze entrées pendant l'année 1901 ; cent quarante-sept enfants ont été atteints de broncho-pneumonie et, sur ces cent quarante-sept enfants, quatre-vingt-quatre ont succombé. La broncho-pneumonie est une grande cause de mortalité dans la rougeole.

Cette comparaison nous permet d'apprécier combien est grande la préférence de la broncho-pneumonie pour la rougeole plutôt que pour la scarlatine.

Mais si la broncho-pneumonie est une complication sans aucun doute relativement assez rare dans la scarlatine, nous ne devons pas oublier cependant que nous sommes là en présence d'une complication grave qui comporte un pronostic très sombre et souvent fatal.

§ 6. — *Complications cutanées et suppuratives, etc.*

Nous faisons rentrer dans ce paragraphe les faits d'infections secondaires à déterminations cutanées et à suppurations diverses sans que leur localisation frappe un organe indispensable à la vie même du sujet. Nous n'avons pas à redire ce que nous

1. Robinet. *La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1901.*

avons déjà maintes fois répété sur l'importance des complications secondaires de la scarlatine et sur la facilité avec laquelle elles germent sur un terrain déjà primitivement infecté. Nous ne voulons en outre envisager que les déterminations banales pour ainsi dire, et nous laisserons par exemple ici dans l'ombre l'observation si curieuse dans laquelle le pus a envahi le tissu cellulaire rétro-oculaire.

Sur le terrain bien limité où nous nous plaçons ainsi, il est bien évident que nous allons compter nombre de phénomènes (abcès, infections localisées, etc). Mais dès maintenant ajoutons qu'il y aurait quelque erreur d'interprétation à les ranger toujours au rang des complications de la scarlatine ; bien souvent, surtout dans la population ouvrière, où les enfants sont peu soignés, la scarlatine évolue sur des malades déjà porteurs de suppuration. Cette condition, soit dit en passant, est plutôt aggravante de l'évolution de la scarlatine, susceptible de donner une poussée aux microbes des abcès, etc.

Quoi qu'il en soit, en relevant nos observations, nous trouvons dans vingt-quatre d'entre elles des déterminations d'infection secondaire. Il serait fastidieux d'en apporter ici le relevé détaillé ; nous nous bornerons à des données d'ensemble.

LES ABCÈS ont été disséminés de part et d'autre : marge de l'anus, conduit auditif externe, phlegmon péri-amygdalien, cuir chevelu, région rétro-maxillaire, région sus-hyoïdienne, pied, fesse, coude, région antérieure de l'aisselle, nuque. Rapprochons de ces

faits une observation où se montrait DE LA LYMPHANGITE PALPÉBRALE.

Dans d'autres faits, l'inflammation a son siège dans les glandes, créant DES FURONCLES, ce qui constitue une forme bien courante d'infection cutanée.

Dans d'autres observations encore, l'infection, au lieu de se porter sur des régions qu'on pourrait appeler indifférentes, attaque des points où son action est plus néfaste. C'est ainsi, qu'envahissant l'œil, des infections secondaires ont donné naissance à DE LA CONJONCTIVITE avec ou sans GEDÈME PALPÉBRAL ; le processus a même été plus loin et nous l'avons vu provoquer de la KÉRATITE et créer même UN ULCÈRE DE LA CORNÉE.

A la langue nous avons noté un cas DE GLOSSITE ULCÉREUSE qui relève bien probablement aussi de la localisation des germes à ce niveau : on sait d'ailleurs que dans nombre d'états morbides les phénomènes de stomatite peuvent apparaître, et l'on a même supposé avec assez de raison que les modifications chimiques du milieu salivaire sous l'influence de ces états n'étaient pas sans favoriser le développement des microorganismes (hôtes normaux ou anormaux de la cavité buccale).

LA STOMATITE APHTEUSE que nous avons notée a évidemment une pathogénie plus facile à saisir. Mais les aphtes ont-ils simplement coïncidé avec la scarlatine ? C'est possible.

Quoique rare dans la scarlatine, L'HERPÈS peut s'y voir, témoin trois de nos observations : pourtour des

narines, face. Il a d'ailleurs guéri sans incident, comme il arrive pour ainsi dire toujours. Il a, en l'espèce, surtout un intérêt de curiosité ; toutefois, en pratique, la constatation d'un herpès dans une forme de scarlatine fruste, par exemple, ne ferait pas pencher la balance en faveur de cette dernière affection. Nos faits prouvent qu'il faut savoir compter avec les exceptions.

Un de nos scarlatineux était TEIGNEUX, affaire de pure coïncidence.

Un autre avait UN ABCÈS FROID : ce qui ne mériterait aussi qu'une simple mention si nous n'avions vu l'abcès augmenter subitement pendant la desquamation, au point qu'on a dû intervenir. Il ne nous semble pas illogique d'admettre que la scarlatine ait rempli pour cet abcès froid l'office d'un coup de fouet ; mais il n'est pas impossible non plus que, par suite de la survenue de la scarlatine, l'abcès se soit infecté par un microbe banal et soit devenu mixte, d'où son évolution si rapide (abcès froid réchauffé).

En résumé, dans ce paragraphe, nous avons groupé des constatations cliniques un peu disparates, mais rattachées entre elles par ce fait qu'elles relèvent toutes d'infections secondaires. Chacune d'elles aurait nécessité des recherches bactériologiques spéciales si elles avaient été étudiées à fond. Mais nous nous bornerons à émettre cette conclusion que, par analogie avec ce qui se passe en général et ce qu'ont montré les recherches de beaucoup de bactériologistes, ce sont le streptocoque et le staphylocoque qui méritent surtout d'être incriminés.

§ 7. — *Phlegmon de l'orbite.*

Nous présentons ici une complication excessivement rare de la scarlatine.

Le cas qui nous occupe a été l'objet d'une communication de M. Richardière au congrès de Madrid, communication rapportée dans le *Bulletin médical* (1). Nous avons relevé l'observation complète (obs. 75) Nous croyons que cette complication n'avait pas encore été signalée avant la communication de M. Richardière. Nous avons donc eu l'occasion de voir auprès de notre maître une complication de la scarlatine encore inédite jusqu'alors, d'après ce que nous pensons tout au moins.

A. Raybaud rapporte un cas de thrombose des sinus de la dure-mère consécutive à une angine gangréneuse dans la scarlatine (2). La thrombose des sinus de la dure-mère est, dans la scarlatine, une complication tout aussi rare que le phlegmon de l'orbite. Raybaud étudie le processus de propagation de l'inflammation angineuse jusqu'à l'intérieur du crâne et il conclue en disant qu'il y a lieu d'ajouter comme causes des thromboses des sinus, à côté des affections otiques, les affections des amygdales et du pharynx.

Dès lors, mettant à profit les conclusions de Ray-

1. *Bulletin médical*, mai 1903.

2. *Marseille médical*, livre 37, année 1900.

baud, nous dirons que ces affections inflammatoires des amygdales et du pharynx peuvent aussi bien se propager vers l'intérieur de l'orbite que dans le crâne. En effet, de l'amygdale le processus inflammatoire n'a nulle peine à atteindre la fente ptérygomaxillaire, comme le dit Raybaud ; de là l'inflammation peut fuser soit par le trou ovale dans l'intérieur du crâne comme dans le cas de Raybaud, soit par la fente sphéno-maxillaire dans l'intérieur de l'orbite comme dans notre cas actuel.

Dans le cas de Raybaud, il y a eu inflammation des veines du trou ovale, des plexus veineux pharyngiens et ptérygoïdiens, puis du sinus caverneux et par son intermédiaire de la circulation veineuse intra-crânienne. Cette inflammation du système veineux est nécessaire pour réaliser la thrombose constatée par Raybaud. Pour le phlegmon de l'orbite, nous pouvons dire que l'inflammation, partie du pharynx, a suivi les fentes ptéryo-maxillaire et sphéno-maxillaire pour gagner l'orbite, la propagation de l'inflammation s'étant faite par l'intermédiaire des lymphatiques.

Dans notre observation 75, le scarlatineux avait une angine exsudative dont la culture n'a donné que des cocci ; ce n'est donc pas une angine pseudo-membraneuse précoce avec bacilles de Loeffler et à allure gangréneuse comme dans le cas de Raybaud. Par conséquent, il ne nous semble pas que la propagation de l'inflammation soit liée à la gravité de l'angine ; c'est un processus inflammatoire qui peut

s'étendre simplement en raison des connexions anatomiques des régions, et peut-être par suite de causes inconnues qui viennent ajouter leur action.

En résumé nous dirons :

1^o *Il est possible que les affections inflammatoires des amygdales et du pharynx se propagent vers l'intérieur du crâne ou vers l'orbite ;*

2^o *Le phlegmon de l'orbite et la thrombose des sinus de la dure-mère sont des complications très rares dans la scarlatine, mais elles peuvent exister. Il en faut rendre responsable non le processus scarlatin lui-même, mais sa localisation angineuse.*

§ 8. — Orchite. Epididymite. Vaginalite.

Complications rares dans la scarlatine. Nous rapportons un cas où d'ailleurs on n'a pas la preuve nette qu'il s'agit bien d'une complication de la scarlatine. Aussi ne faisons-nous que signaler la chose. Consulter à ce sujet l'observation 76.

§ 9. — Rhumatisme scarlatin.

Par rhumatisme scarlatin on entend les déterminations du processus infectieux sur les séreuses viscérales ou articulaires. Le rhumatisme scarlatin est un pseudo-rhumatisme infectieux. Les pleurésies des scarlatineux relèvent donc, si l'on s'en tient à cette définition, du rhumatisme scarlatin ; il en est de même des péricardites qu'on pourrait trouver. Ces manifes-

tations du côté des séreuses viscérales ne sont pas les plus fréquentes dans la scarlatine : nous citerons l'observation 8 (enfant décédé au cours d'une pleurésie purulente) et l'observation 77 qui est un cas de scarlatine avec pleurésie séro-fibrineuse. Cette observation 77 offre un certain intérêt à noter : car les pleurésies qu'on peut rencontrer dans la scarlatine sont plutôt des pleurésies purulentes.

Le rhumatisme scarlatin a porté plus souvent son action du côté des séreuses articulaires que du côté des séreuses viscérales. Nous n'avons pas observé de formes graves, purulentes ; nous n'avons vu que des formes bénignes, des arthralgies. Les arthralgies ont donc été presque la seule manifestation suivant laquelle il nous a été donné de voir le rhumatisme scarlatin au cours de notre étude.

En examinant les différents cas on peut se rendre compte que toutes les jointures sont susceptibles d'être intéressées : les articulations du cou-de-pied, les genoux, les poignets, les coudes et l'épaule, les doigts et les orteils. Ces différentes articulations peuvent être prises plus ou moins, soit isolément, soit plusieurs à la fois ; toutes les modalités concevables à ce point de vue sont possibles. Quand le processus est étendu, on a une forme généralisée comme dans l'observation 14. Les articulations sont le siège de douleurs et d'un gonflement plus ou moins prononcés. Ces arthralgies peuvent être très légères et même elles passent alors pour ainsi

dire inaperçues ; les observations peuvent ne pas en faire mention.

Nous n'avons donc aucun chiffre exact à garantir au point de vue de leur fréquence dans les observations que nous avons examinées. Nous avons pu relever environ vingt cas assez évidents sur un ensemble de trois cent trente-neuf observations de scarlatine, ce qui donnerait, en prenant ce chiffre pour base, une proportion approximative de un pour dix-sept. Nous ne pensons pas être sensiblement éloigné de la moyenne ordinaire.

Mais ce qui nous importe le plus dans cette question, c'est de signaler l'efficacité de l'aspirine dans le rhumatisme scarlatin. M. Richardière a attiré notre attention sur ce point et il nous appartient de suivre ici les conseils qui donnent, aux propositions que nous émettons, l'aide judicieuse dont elles ont besoin pour être formulées.

Nous croyons que l'observation 65 est un bon exemple où l'efficacité de l'aspirine contre les arthralgies paraît s'établir.

Dans cette observation on trouve des arthralgies prononcées, douloureuses et généralisées.

Leur apparition a coïncidé avec une élévation notable de la température. Depuis six jours nous voyons ces phénomènes évoluer sans tendance à aucune accalmie. L'état général est plutôt mauvais. Pendant trois jours on a administré de la spartéine en injection, le pouls devient meilleur ; un jour on donne deux grammes de salicylate de soude. La tempéra-

ture qui oscille autour de 40° depuis les manifestations rhumatismales n'a pas tendance à baisser, et les douleurs arthralgiques ne s'amendent pas non plus. Le septième jour on donne vingt-cinq centigrammes d'aspirine : le lendemain cinquante centigrammes ; et on continue l'administration de l'aspirine pendant neuf jours à la même dose. Dès le second jour après l'administration de l'aspirine on voit la température baisser un peu ; le second jour elle est descendue à 38° , de 40° où elle était avant l'emploi de ce médicament ; elle oscille entre 38° et 39° ; puis passe de 38° vers 37° , point où elle se maintient à peu près neuf jours après le début de l'emploi de l'aspirine. En même temps que ces modifications favorables se produisent du côté de la température, des améliorations sensibles des troubles articulaires se voient réalisées. Les douleurs articulaires sont devenues moins vives, les épanchements presque disparus. L'état général du malade est meilleur. Le rhumatisme scarlatin a une tendance réelle à la guérison qui survient bientôt. L'enfant aura par la suite une poussée de lymphangite palpébrale éphémère sans grande influence sur la situation générale. Elle a eu aussi une glossite ulcéreuse. Elle était entrée à l'hôpital au service de la diphtérie le 28 février, elle a quitté l'hôpital le 30 avril guérie de sa diphtérie, de sa scarlatine et de toutes les complications. Mais ce que nous voulions faire ressortir en ce moment, c'est la coïncidence des améliorations survenues dans les phénomènes rhumatismaux avec l'administration de l'aspirine.

M. Richardière a prescrit l'aspirine comme nous venons de le démontrer dans tous les cas d'arthral-

gies qu'il a rencontrés ; les résultats ont été chaque fois très satisfaisants. C'est dans ces circonstances un bon médicament qu'il préconise.

Nous résumerons ce paragraphe en disant :

1^o Les arthralgies ont été les manifestations les plus habituelles du rhumatisme scarlatin ;

2^o L'aspirine est un médicament utile et efficace qui mérite d'être recommandé contre les arthralgies.

§ 10. — Albuminurie et néphrites.

L'albuminurie légère et momentanée constitue une complication sans grande importance qui ne saurait nous retenir longtemps. Elle n'est pas rare : nous l'avons vue mainte fois soit à l'éruption, soit au début de la desquamation, parfois à une phase un peu plus avancée de la maladie. La moindre circonstance comme le plus petit refroidissement si faible soit-il, une faute légère ou le moindre écart vis-à-vis des prescriptions conseillées, au point de vue de l'hygiène alimentaire notamment, telles sont nombreuses les conditions qui peuvent influencer plus ou moins l'apparition de l'albuminurie peu marquée et transitoire. Il suffit d'éviter les imprudences et de recourir rapidement aux règles qui doivent constituer l'hygiène des scarlatineux pour conjurer ces albuminuries et les voir disparaître assez vite, sans que l'organisme coure grand risque pour l'avenir.

Bien autrement importantes et essentielles à étudier sont les albuminuries prononcées, avec anasarque, qui sont plus tardives que les formes légères et surviennent quand la desquamation est déjà dans une phase avancée. Ces complications témoignent de la néphrite scarlatineuse. Sans doute celle-ci peut guérir, mais d'autre part elle peut aussi aboutir soit à la mort rapide, soit au mal de Bright. Ce sont donc là assurément des complications de la scarlatine qu'on peut considérer comme redoutables (1).

Les auteurs disent que ces albuminuries graves sont fréquentes. Il est possible de les rendre rares et nous espérons pouvoir justifier notre affirmation. Il n'y a là aucun obstacle invincible ; l'hygiène sévère qu'il faut nécessairement imposer aux scarlatineux doit forcer le médecin à se rendre toujours maître de la situation. Nous savons combien le régime lacté a prise sur les néphrites et nous savons aussi combien il importe de mettre les malades à l'abri de toutes causes de refroidissement. Nous devons prendre comme règle de conduite le séjour au lit pendant quatre à cinq semaines environ en recommandant bien de soustraire le malade à toutes les circonstances susceptibles d'amener un refroidissement quelconque et en l'obligeant au régime lacté absolu pendant le même temps. Si ces précautions sont rigoureusement

1. Leçons cliniques d'Archambault sur la scarlatine. *Progrès médical*, 1879-1880. *Jour. de méd. et chir. prat.*, 1879, 543-546.

observées, les grandes complications qui nous occupent ne se produiront pas : sans doute on n'a pas de chances de succès en présence de sujets dont les reins peuvent déjà être touchés et affaiblis, mais on obtiendra néanmoins une atténuation énorme dans l'intensité et la marche de ces complications.

L'observation 78 indique bien la manière de diriger le régime alimentaire de ces malades ; nous y suivons nettement pas à pas la pratique qui a été observée dans ce cas par M. Richardière, laquelle ne diffère en rien d'ailleurs de la méthode générale qui découle des données scientifiques. L'observation 78 est pour nous un modèle qui nous inspirera selon les diverses circonstances que nous pourrons rencontrer dans l'exercice de la médecine.

Les complications rénales sont tout aussi fréquentes chez les malades urbains que chez les malades hospitalisés : les prescriptions médicales ne sont pas toujours ponctuellement respectés dans les familles ; les parents ont parfois tendance à considérer les recommandations du médecin comme trop sévères et trop rigoureuses, ou bien ils ne savent pas opposer une résistance suffisante à certains désirs manifestés par les enfants qui s'impatientent et se fatiguent du régime auquel ils sont soumis. En un mot, des imprudences se produisent aussi bien dans les familles qu'à l'hôpital, et c'est pourquoi les néphrites sont aussi fréquentes chez les premiers malades que chez les seconds. C'est dans ces conditions au médecin à user de persévérance et à employer toute

sa sagacité pour tâcher de convaincre les familles de l'importance qu'il y a à suivre ses conseils, si rigoureux soient-ils, dans l'intérêt du malade. La preuve que le régime est tout pour éviter ces complications rénales, c'est que nous n'en avons observé aucune parmi les malades soignés au pavillon Trousseau pendant l'année 1903. Le médecin chef de service ne peut atteindre ce résultat que grâce à la collaboration active d'une surveillante instruite et soucieuse de sa mission, comme M^{me} Le Jannic nous en offre un exemple.

Nous n'avons pas observé de néphrites parmi les enfants malades dont la scarlatine a été soignée pendant toute son évolution au pavillon Trousseau et les cinq cas que nous rapportons ne peuvent rester à la charge du pavillon Trousseau, les enfants étant arrivés à l'hôpital à une période avancée de leur scarlatine et avec manifestations rénales nettement déclarées.

OBSERVATION XXIX

Garçon de 13 ans venu au service un mois après le début de la scarlatine. Mal soigné. Néphrite aiguë. Anurie. Néphrotomie pratiquée avec insuccès. Décédé le 2 août.

OBSERVATION LXXIX

Garçon de 9 ans, frère du n° 29. Etat et conditions à peu près analogues à son frère. Mal soigné. La mère le retire de l'hôpital avant l'évolution complète de la maladie.

OBSERVATION LXXVIII

Le début de la scarlatine remonte à trois semaines. Albuminurie prononcée, anasarque. Entré le 29 août, sorti le 25 octobre. Régime sévère. Il sort bien amélioré.

OBSERVATION LXXX

Frère du n^o 78. Etat analogue, mais moins accentué. Séjour à l'hôpital du 8 septembre au 18 octobre. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

OBSERVATION LXXXI

La scarlatine remonte à trois semaines. Mal soigné. Albuminurie prononcée. Séjour à l'hôpital du 31 août au 27 septembre. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Les cinq observations que nous venons de signaler sont encore une preuve de la grande influence que peuvent exercer les mesures hygiéniques chez les scarlatineux pour écarter les complications rénales : nous avons affaire à des enfants qui nous viennent avec une scarlatine à évolution avancée, qui ont été mal soignés et qui ont des complications rénales manifestement déclarées. On peut observer au moins dans trois cas (Obs. 78, 80 et 81) les effets favorables du traitement auquel ont été soumis ces petits malades, pendant leur séjour à l'hôpital.

L'observation 29, enfant décédé, nous montre l'inefficacité de la néphrotomie. Cette opération,

utile dans l'anurie calculcuse, ne peut rien contre l'anurie scarlatineuse. Nous réitérons une remarque que nous avons déjà faite au chapitre des décès.

M. J. Grosz, médecin à l'hôpital Adèle Brody à Budapest, a publié sa statistique de scarlatine pour trois années (1). Cette statistique donne une mortalité globale de 11,8 o/o. Le taux de la mortalité dans notre statistique concernant les scarlatineux de 1903 aux Enfants-Malades est de 10,6 o/o (trente-six décès sur trois cent trente-neuf cas de scarlatine), mortalité par conséquent inférieure à celle accusée par la statistique de Grosz. L'article de Romme résume le traitement appliqué par Grosz aux scarlatineux de son service. On y lit que dans les néphrites avec urines diminuées, albuminurie et œdème, Grosz emploie la digitale associée à l'acétate de potasse pour amener la diurèse et, ce résultat étant obtenu, on emploie ensuite, sauf dans les hyperthermies où on use des enveloppements froids, les bains chauds de 30° à 32° qui agissent favorablement sur les œdèmes. En lisant l'article de Romme il semble que Grosz ait apporté beaucoup de soin à décrire son traitement en cas de néphrites. Il nous apparaît que ces complications ont été plus fréquentes dans son service que dans celui de M. Richardièrre. Nous pouvons attribuer à ces faits la différence du taux de la mortalité globale constaté dans les deux services.

1. Article de R. Romme, *Presse médicale*, 19 juillet 1902.

En tout cas ce que nous pouvons dire à coup sûr, c'est que l'absence des complications rénales abaisse le taux de la mortalité chez les scarlatineux et nous savons que, grâce à une hygiène bien comprise, on peut arriver à éloigner dans une large mesure ces complications rénales.

Nous terminons en disant :

1^o Pendant l'année 1903 il n'y a pas eu de complications rénales chez les enfants malades dont la scarlatine a été soignée pendant toute son évolution au pavillon Trousseau.

2^o Les mesures hygiéniques spéciales à imposer aux scarlatineux (régime lacté, repos au lit) sont d'une grande efficacité soit pour éviter les complications rénales, soit pour les atténuer quand elles existent.

3^o La néphrotomie, utile contre l'anurie calculuse, est inefficace contre l'anurie scarlatineuse.

§ 11. — Urticaire.

Nous signalerons dans ce paragraphe des éruptions ortiées qui se sont manifestées dans des conditions d'où doit résulter la division de ces éruptions dans nos cas en deux groupes :

Premier groupe. — Manifestations éruptives consécutives à la sérumthérapie antidiphthérique (éruptions sériques ;

Deuxième groupe. — Manifestations éruptives sans cause connue.

Il s'agit d'envisager chacun de ces groupes.

PREMIER GROUPE. — Manifestations éruptives consécutives à la sérumthérapie antidiphthérique.

Nous avons eu l'occasion de relater, en traitant les angines, les circonstances qui avaient amené M. Richardière à injecter préventivement ses petits malades avec le sérum antidiphthérique.

Les dermatoses consécutives à la sérumthérapie sont bien connues. Ce sont des dermatoses inconstantes, passagères. Nous les avons observées presque toujours plutôt sous l'apparence ortiée. Ces éruptions sont assez rares et elles n'existent pas dans la majorité des cas chez les enfants injectés préventivement ; exemple : sur onze filles injectées en mars préventivement, deux ont présenté des manifestations d'urticaire consécutives. Ces éruptions sont passagères ; car elles ont disparu ou tout au moins ont été très atténuées le lendemain de leur apparition ; en tout cas on ne les voyait plus quarante-huit heures après. Au bout de deux jours, comme nous avons pu le voir, une seconde poussée peut parfois suivre la première ; cette deuxième poussée est aussi éphémère que sa devancière.

Combien de temps après l'injection de sérum ces éruptions apparaissent-elles ? Il nous semble qu'il n'y a pas de règle fixe à cet égard ; nous les avons vues apparaître selon les cas soit au bout de deux

jours, ou de cinq jours, six jours, douze jours, quatorze jours (C'est le plus grand délai que nous avons constaté).

Comme la peau, les ganglions peuvent quelquefois se ressentir des injections préventives de sérum : l'observation 69 est un exemple d'urticaire et d'adénite généralisée survenues environ sept jours après une injection préventive.

Nous faisons remarquer en terminant ce sujet que les manifestations éruptives consécutives à la sérum-thérapie ne doivent pas compter comme des complications de la scarlatine, mais il nous appartenait cependant de dire que nous avons eu l'occasion de les rencontrer au cours de notre étude.

En règle générale, il ne nous a pas semblé que les éruptions sériques fussent modifiées par le terrain scarlatineux où elles évoluent.

DEUXIÈME GROUPE. — Manifestations éruptives sans cause connue.

Nous comprenons sous cette qualification les éruptions qui doivent être considérées comme des complications de la scarlatine, car elles surviennent au cours de la maladie et en dehors de toute autre cause.

Nous parlons en ce moment des éruptions constatées chez des enfants qui n'ont pas été injectés préventivement par le sérum antidiphthérique.

Ces éruptions se sont présentées à nous sous l'apparence ortiée.

L'éruption d'urticaire dans la scarlatine a été signalée. Le Dr R Saint-Philippe (Bordeaux) et le Dr Comby, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades, ont vu l'éruption de scarlatine présenter le premier jour de son apparition toutes les apparences d'une éruption ortiée pour prendre ensuite son caractère typique. Saint-Philippe a même vu ces éruptions de scarlatine démanger vivement les malades, ce qui embarrasse dans l'établissement du diagnostic et rapproche encore les éruptions de celles de l'urticaire. Le Dr G. Coulon a cité un cas de scarlatine ayant débuté par l'urticaire aiguë (1).

Nous rapportons sur l'ensemble de nos observations six cas d'éruption d'urticaire.

- | | | |
|--|---|---|
| 1 ^{er} cas. | { | Eruption d'urticaire neuf jours après le début de la desquamation.
Nouvelle poussée deux jours après. |
| 2 ^e cas. | { | L'enfant a sur la figure une papule d'apparence ortiée et quelques plaques rouges avec bouffissure sous-jacente qui dénotent la présence d'une éruption ortiée à la figure.
Cette éruption ortiée coïncide avec l'éruption de la scarlatine (Observation n° 76). |
| 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e
et 6 ^e cas. | { | On a noté une éruption d'urticaire les premiers jours de la desquamation. |

L'observation 74 est sans doute un de ces cas ; mais nous avons pensé faire sur ce cas une réserve qui est mentionnée dans l'observation.

Ces éruptions ne durent pas longtemps; vingt-quatre heures en moyenne, au bout de quarante-huit heures au maximum toutes traces ont disparu. Parfois il peut y avoir deux jours après une nouvelle poussée aussi éphémère que la première.

Ces éruptions d'urticaire chez les scarlatineux sont des manifestations rares : nous en avons seulement relevés six cas dans nos documents.

Nous remarquons que ces éruptions se manifestent de bonne heure; elles sont contemporaines de l'éruption de scarlatine ou se montrent aussitôt après dans les premiers jours de la desquamation. C'est pourquoi nous pensons pouvoir dire avec M. Richardièrre que l'urticaire qu'on voit parfois dans la scarlatine est dû à l'irritation de la peau par l'éruption de scarlatine.

Nous nous résumons donc en disant :

1^o *On peut parfois trouver, quoique assez rarement, l'urticaire au cours de la scarlatine;*

2^o *Cette éruption, quand elle se produit, est assez précoce. Elle apparaît au moment de l'éruption de la scarlatine ou dans les premiers jours de la desquamation;*

3^o *Cette éruption, tout à fait passagère et de courte durée, est due à l'irritation de la peau par l'éruption de scarlatine.*

§ 12. — Rougeole et varicelle.

Ces affections surviennent parfois au cours de la

scarlatine. Elles apparaissent pendant la desquamation.

Nous avons noté :

Onze fois l'intercurrence de la rougeole ;

Six fois l'intercurrence de la varicelle ;

Une fois l'intercurrence simultanée de la varicelle et de la rougeole.

Ces complications prolongent l'état de maladie du sujet et sont plutôt de nature à influencer défavorablement le pronostic. Le malade a néanmoins guéri le plus souvent. Mais en présence de conditions trop désavantageuses, la mort peut survenir.

L'observation 24 représente un décès : scarlatine avec coexistence de rougeole chez un enfant cachectique et probablement tuberculeux.

L'observation 32 représente aussi un décès : scarlatine avec coexistence de rougeole.

Dans les observations 71 et 72, il y a scarlatine avec coexistence de rougeole et en outre broncho-pneumonie.

L'enfant objet de l'observation 72 n'est pas décédé à l'hôpital, mais il a été emmené par sa mère dans un état fort grave.

L'observation 28 relate un décès dans un cas de scarlatine post-morbilleuse : la rougeole a été suivie de scarlatine. Nous savons que plus souvent c'est l'inverse qui se produit ; la rougeole est consécutive à la scarlatine et se montre pendant la desquamation.

En résumé ces complications nuisent au pronostic, mais la mort n'est pas habituelle. Nous ne l'avons au contraire observée que dans la minorité des cas.

D'ailleurs rappelons qu'il n'est pas indifférent, au point de vue du pronostic, de voir telle ou telle affection apparaître la première ; et M. Hutinel fait observer que la rougeole survenant après la scarlatine est infiniment plus grave que la scarlatine succédant à la rougeole.

CHAPITRE VIII

RÉCIDIVES ET RECHUTES

On sait la différence qu'il faut établir entre les rechutes et les récidives de la scarlatine.

LA RÉCIDIVE est l'éclosion d'une maladie longtemps après la disparition de la première. C'est un phénomène très commun dans certaines affections, la diphtérie par exemple.

Il en est d'autres où une première atteinte semble même prédisposer aux récidives, telle l'érysipèle.

D'autres enfin vaccinent l'individu sur lequel elles évoluent : la fièvre typhoïde, la rougeole, etc. La scarlatine est de celles-ci.

Nous touchons ici à une question plutôt complexe : c'est celle de l'immunité acquise. De plus, il est certain que la règle comporte des exceptions : il est indéniable par exemple qu'il y a des faits avérés de typhoïde ayant récidivé et ayant été bien observés. Mais en ce qui concerne la scarlatine, comme

en ce qui concerne la rougeole d'ailleurs, il est plus difficile de déterminer les choses avec exactitude. En effet, le diagnostic de scarlatine et celui de rougeole sont souvent malaisés à asseoir sans contestation, et maintes fois de soi disantes scarlatines et rougeoles récidivées ne sont que des erreurs de diagnostic tenant à ce que ces affections sont simulées par des érythèmes scarlatiniformes ou morbilliformes.

Nous nous bornerons du reste à rappeler ces quelques considérations sans nous étendre davantage.

Nous ne pouvons, en effet, apporter de nouveaux faits en ce qui concerne cette question des récidives. Nos observations ne portent que sur un laps de temps d'une année, et, pour parler en connaissance de cause de récidives, il convient d'avoir suivi des malades pendant plusieurs années et d'avoir vu les deux évolutions morbides à quelques mois ou années d'intervalle.

LA RECHUTE est caractérisée de son côté par le retour de l'exanthème et des phénomènes généraux classiques pendant que la première atteinte est encore en évolution. Les auteurs qui se sont le plus occupés des rechutes sont Trojanowsky, Korner, Hénoc, Baginski, Schwitz, Hüttenbrenner. En France citons les noms de Thomas, d'Antony, de Jeanselme, de Moizard, de Roger, de Richardière et Kaufmann. A vrai dire, ces rechutes ne sont pas admises par tous les auteurs et, notamment à une discussion qui eut lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux en juin 1896, plusieurs médecins se sont élevés contre

leur réalité. Moizard par exemple, sans les nier, insiste sur leur extrême rareté, tout au moins en France. De même Roger (1), publiant ses statistiques de son service d'Aubervilliers, semble ne pas admettre la fréquence de ces rechutes. Pour lui, il s'agissait dans la plupart des cas non pas de nouvelles éruptions de scarlatine, mais bien d'érythèmes survenus pendant la convalescence, comme on en voit après la diphtérie, et relevant en général d'infection streptococcique.

Que faut-il penser de ce que Thomas désigne d'un nom d'ailleurs peu fait pour apporter la clarté en l'espèce, les pseudo-récidives ? Il est évident que Thomas entend par là les rechutes, puisqu'il veut parler de l'apparition dans la deuxième ou troisième semaine d'un exanthème plus ou moins étendu, souvent éphémère, qui semble n'être que la manifestation nouvelle d'une seule et même infection dont l'évolution n'est pas épuisée (2). Il est évident que cette dernière conception, pour être peut-être exacte, n'en est pas moins avant tout théorique et ne peut reposer sur aucune preuve évidente. Aussi est-il fort possible qu'il s'agisse dans ces faits en même temps de rechutes vraies et d'infections surajoutées.

Les rechutes vraies, en effet, ne doivent pas être rejetées sans appel. Notre maître, M. Richardière, a

1. Roger. *Revue de médecine*, 1899.

2. Guinon. *Traité de médecine*. Charcot-Bouchard, tome II, page 461, 2^e édition.

récemment fait paraître avec M. Kaufmann un article qui ne laisse aucun doute sur ce point (1).

Les cinq observations sur lesquelles il s'appuie font précisément partie de celles qui constituent notre statistique : ce sont nos observations 83, 84, 85, 86 et 87. Nous pouvons y ajouter notre observation 88. Si nous parcourons ces observations, nous voyons que les rechutes éclatent en général 30 à 35 jours après le début de la maladie en pleine convalescence. La température peut s'élever ou rester normale au moment des rechutes. La rechute est essentiellement caractérisée par l'exanthème qui éclate sans aucun symptôme d'infection secondaire. Cet exanthème est constitué par de larges placards érythémateux avec exagération d'intensité, comme il est classique, au niveau des plis articulaires. Il peut se faire que cette éruption soit en outre prédominante en certains points du corps (partie inférieure de l'abdomen, plis inguinaux, partie supérieure des cuisses, etc.).

Elle ne prend pas la face.

La gorge par contre est presque toujours atteinte : simple rougeur ou léger exsudat. La langue a parfois nettement l'aspect scarlatineux et l'apparence dépouillée. Quant à la desquamation, elle peut être fort abondante, avec larges placards à la plante des pieds et à la paume des mains, mais elle est fort variable.

1. Richardière et Kaufmann. *Quelques cas de rechutes de scarlatine.*

La clinique infantile, 15 novembre 1903.

La durée des rechutes est d'ordinaire assez courte, comme d'ailleurs il est de règle dans d'autres affections. On sait par exemple que la fièvre typhoïde primitive est toujours plus longue et sérieuse qu'une rechute. De même dans la scarlatine.

Les rechutes se terminent par la guérison et ne donnent pas lieu, en règle générale, s'entend, à des complications comme la maladie première.

En conclusion, comme disent MM. Richardière et Kaufmann, les rechutes de la scarlatine ont l'évolution clinique et la bénignité d'une scarlatine atténuée.

Il est intéressant, nous semble-t-il, de mettre ainsi en évidence un des chaînons par où la scarlatine se rattache aux autres maladies infectieuses.

CHAPITRE IX

DIAZORÉACTION D'EHRLICH

Nous n'étudierons pas ici à fond la question de la diazoréaction dans la scarlatine. Un grand nombre de travaux l'ont déjà étudiée, et nous venons simplement apporter notre quote-part à ce problème.

On sait que, pour rechercher cette réaction, il faut deux solutions.

La première est ainsi formulée :

$$\text{R.} \quad \left\{ \begin{array}{ll} \text{Acide chlorhydrique pur.} & = 50 \text{ cmc.} \\ \text{Eau distillée.} & = 1000 \text{ cmc.} \\ \text{Acide sulfanilique.} & = \left(\begin{array}{l} \text{q. s. pour satu-} \\ \text{rer à froid (5 gr.).} \end{array} \right) \end{array} \right.$$

La seconde a la composition suivante :

$$\text{R.} \quad \left\{ \begin{array}{ll} \text{Nitrite de sodium.} & = 0 \text{ gr. } 50 \text{ centig.} \\ \text{Eau distillée.} & = 100 \text{ cmc.} \end{array} \right.$$

Pour opérer on prend 50 centimètres cubes de la première solution et 1 centimètre cube de la seconde. On additionne ensuite une quantité donnée du mélange ainsi extemporanément formé d'une égale

quantité d'urine et on y verse quelques gouttes d'ammoniaque. Si la réaction est négative, le mélange reste jaune ; si au contraire elle est positive, il devient rouge et d'une rougeur plus ou moins accentuée suivant que la réaction est plus ou moins forte.

Nous avons recherché la réaction d'Ehrlich dans cent cas environ de scarlatine : la plupart du temps elle était positive au moment de la période fébrile, elle durait encore quelquefois après la chute de la fièvre pour disparaître bientôt tout à fait.

Il nous est arrivé parfois de ne pas rencontrer la diazoréaction. Ce qui ne veut pas dire qu'elle eut fait défaut : peut-être avons-nous simplement commencé nos investigations trop tardivement.

Du reste la question est jugée. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux résultats donnés par les auteurs qui ont étudié la question et qui ont définitivement établi l'existence de la réaction d'Ehrlich au cours de la période d'état de la scarlatine.

Rivier a examiné vingt-neuf cas de scarlatine au point de vue de la diazoréaction et l'a trouvée douze fois, généralement peu marquée et de courte durée. D'autres auteurs, (comme Nissen, Clemens) ont fait des constatations analogues (1). Fischer a examiné neuf cas (2).

1. Consulter l'article de Lœper et Oppenheim. *Gazette des Hôpitaux*, 25 mai 1901.

2. Fischer. Thèse Paris, 1904. *La Diazoréaction dans les maladies aiguës de l'enfance*.

Nous citerons la thèse de Lobligeois qui a trouvé quarante-deux faits de diazoréaction positive sur cinquante-cinq cas de scarlatine étudiés à cet égard (1).

Sur vingt trois cas de Nissen (2), la réaction a été positive.	{	8 fois le premier jour.
		3 fois le deuxième jour.
		12 fois elle ne se montra jamais.

Ajoutons aussi que Brunschwig a suivi quatre observations dans lesquelles la diazoréaction a été deux fois positive aussi longtemps qu'a persisté l'éruption (3).

Lobligeois s'est même efforcé de différencier par la réaction d'Ehrlich la scarlatine des éruptions qui surviennent parfois après l'injection de sérum antidiphtérique. Dans ces dernières on ne voit pas de réaction d'Ehrlich, ce qui a par suite son importance.

Toutefois les quelques faits de scarlatine sans Ehrlich notés par plusieurs auteurs obligent à certaines réserves et on comprend que Lobligeois conclue en disant qu'une diazoréaction négative au

1. Lobligeois. Thèse Paris, 1902. *Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes et de la scarlatine vraie apparaissant au cours de la diphtérie. Valeur diagnostique de l'examen du sang et de la diazoréaction d'Ehrlich.*

2. Rapportés dans la thèse de Brunschwig.

3. Brunschwig. Thèse Paris, 1902. *Contribution à l'urologie clinique infantile.*

moment de l'éruption est une forte présomption en faveur de la non-existence de scarlatine, et qu'une diazoréaction positive permette presque à coup sûr d'affirmer cette dernière infection.

Ce que nous avons observé concorde bien avec ce que rapportent les précédents auteurs, et notre série d'observations aboutit en fin de compte à cette donnée :

Fréquence bien plus marquée des cas de scarlatine avec réaction d'Ehrlich, persistance de cette réaction pendant la période fébrile et disparition peu après la fièvre.

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC

Il ne nous appartient pas dans cette thèse d'exposer le diagnostic didactique de la scarlatine ; c'est un point qui ressortit aux différents traités de pathologie qui d'ailleurs le traitent bien mieux que nous ne saurions le faire.

Nous avons simplement l'intention dans ce chapitre — et en cela nous restons sur le terrain de la clinique sans envahir celui de la pathologie — de montrer à quelles erreurs de diagnostic nous avons vu en 1903 à l'hôpital des Enfants-Malades la scarlatine donner lieu, et somme toute ce chapitre n'a d'autre prétention que de se présenter comme le commentaire des cas qui, à tort, ont été envoyés comme scarlatines au pavillon Trousseau et dont nous avons vu notre maître rectifier le diagnostic.

Nous relatons onze observations qui rentrent dans cette catégorie et dans lesquelles il n'y a pas eu de scarlatine vraie.

A quoi tiennent les erreurs de diagnostic ? En

faisant le relevé de ces onze observations, nous voyons qu'il s'agit :

1^o Deux fois de rash prévaricellique (Obs. 89 et 90).

2^o Huit fois d'érythèmes scarlatiniformes (Obs. 91-92-93-94-96-97-98 et 99).

3^o Une fois d'éruption de roséole (Obs. 95).

RASH PRÉVARICELLIQUE

Le rash scarlatiniforme de la varicelle est bien connu. En 1891, à la Société médicale des Hôpitaux, Galliard en a rapporté des exemples (1). Le rash scarlatiniforme se montre dans les quelques heures qui précèdent l'éruption. Il disparaît lorsque cette dernière se manifeste. Telle est la forme classique.

Mais, et c'est précisément le fait qui est mis en relief par la discussion à laquelle nous faisons allusion plus haut, il peut arriver aussi que le rash apparaisse seulement le deuxième ou troisième jour de l'éruption de varicelle. Dans ces conditions, on conçoit qu'il puisse s'accompagner de fièvre, et c'est alors que le diagnostic avec la scarlatine offre certaines difficultés.

Cependant, d'une manière générale, le rash varicelleux est moins coloré que la scarlatine, écrivent

1. Galliard. Du rash scarlatiniforme dans la varicelle. Discussion : MM. Comby, Netter, Rendu, Féréol et Siredey. *Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris*, année 1891.

les auteurs classiques. Cette conception, pour être exacte dans la majorité des cas, ne doit pas cependant être envisagée d'une manière trop absolue, car elle ne saurait suffire à poser un diagnostic. N'existe-t-il pas, en effet, des scarlatines frustes où l'éruption est à peine apparente et fort pâle ?

Un autre point, au contraire, a une immense valeur, croyons-nous, c'est l'examen de la gorge. Dans le rash scarlatiniforme, il n'y a pas d'angine, tandis que celle-ci fait partie intégrante du processus scarlatin. Ce serait donc ainsi que s'établirait le diagnostic jusqu'au moment bien évident où l'apparition des signes propres à la varicelle viendrait montrer qu'on est sur une mauvaise piste avec l'idée de scarlatine.

Nos deux cas ne s'écartent pas beaucoup des observations courantes du même ordre : c'est la présence d'un rash prévaricelleux qui a causé l'erreur de diagnostic. Ajoutons cependant que cette dernière était excusable puisqu'il existait de l'angine avec langue framboisée dans un cas, exsudat à Cocci dans l'autre ; ce qui prouve bien que l'examen de la gorge, dont nous montrions plus haut toute la valeur, peut lui-même induire en erreur.

De nos deux cas nous tirerons donc cet enseignement que, si la gorge est prise, le diagnostic doit rester quelque peu en suspens pendant deux ou trois jours, tandis que la non participation de la gorge éloigne le clinicien de l'idée de scarlatine.

On sait d'ailleurs que l'érythème de la varicelle, pour passer en général inaperçu, est susceptible dans

certains cas d'être plus ou moins net (Comby) (1) et de se manifester sous forme de stomatite et d'angine. Tel était le cas de nos deux observations.

ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES.

Les érythèmes scarlatiniformes constituent peut-être le diagnostic le plus délicat auquel on se heurte en matière de scarlatine. Dans nos observations, les érythèmes infectieux étaient :

- 1° Trois fois consécutifs à la diphtérie ;
- 2° Une fois à une scarlatine déjà ancienne ;
- 3° Une fois à de l'infection de la gorge non diphtérique ;
- 4° Trois fois ils ne relevaient d'aucune cause appréciable.

Nous n'insisterons pas longtemps sur les érythèmes d'origine diphtérique, ce sont ceux dont le diagnostic peut être fait le plus facilement. L'examen attentif de la gorge trouve en effet ici sa confirmation dans un sens ou l'autre par l'examen bactériologique ; et lorsque le malade a été ainsi étudié à l'aide de tous les procédés d'investigation dont nous disposons actuellement, il ne reste plus qu'un point qui puisse donner lieu à suspicion : n'est-ce pas à une coïncidence de scarlatine et de diphtérie qu'on a à penser ?

1. *Progrès médical*, 27 septembre 1884. Enanthèmes de la varicelle.

C'est évidemment là plutôt l'exception et les érythèmes coïncidant avec une angine à bacilles de Loeffler sont beaucoup plus souvent des érythèmes infectieux diphtériques. Tel était le cas de nos trois observations où la diphtérie était nette et où notre maître M. Richardière a été ainsi autorisé à rectifier le diagnostic de scarlatine.

Ce que fait l'angine diphtérique, d'autres angines non spécifiques sont également en état de le faire ; et le professeur Hutinel, en présence d'un érythème infectieux, ne manque jamais de regarder la gorge de ses malades, d'autant plus que c'est l'infection buccopharyngée locale qui constitue la porte d'entrée la plus fréquente des germes ou toxines qui créeront l'érythème infectieux. Notre observation 92 est un exemple de faits semblables, de constatation courante d'ailleurs en clinique et qu'il nous suffira de mentionner ici.

D'un intérêt peut-être plus spécial ou tout au moins moins commune est l'observation 96 où une enfant atteinte de scarlatine le 21 juin eut le 18 août une nouvelle éruption scarlatiniforme. Dans notre chapitre des rechutes (chapitre VIII) nous touchons à des faits de cet ordre et nous montrons combien il est souvent malaisé de différencier l'infection secondaire survenue au cours d'une scarlatine, de la scarlatine elle-même. En ce qui concerne l'observation actuelle, nous croyons qu'aucune des deux hypothèses précitées ne peut recevoir son application. D'une part la seconde éruption ne s'est pas accompagnée des

autres symptômes de la scarlatine, et notamment il n'y a pas eu de desquamation. D'autre part il s'est écoulé un temps trop long entre les deux éruptions pour qu'on puisse considérer la seconde comme survenue au cours de la première qui était évidemment une scarlatine. Aussi nous arrêtons-nous à une interprétation tout autre qui se refuse à voir un rapport entre l'une et l'autre de ces deux atteintes, et il nous paraît que le second érythème est sans corrélation avec la scarlatine. Il est lié à une autre infection, et à cet égard nous devons tenir compte de la bronchite signalée dans l'observation à laquelle se rattache peut-être ce dernier érythème.

C'est que maintes fois il n'est pas aisé de dépister l'origine de ces érythèmes pseudo-scarlatineux, et à cet égard nous citerons nos trois dernières observations d'érythèmes (obs. 93, 98 et 99).

L'observation 98 est très typique : l'enquête étiologique est nulle.

Dans l'observation 99 ; on voit un peu de rougeur de la gorge, et, pour atténué que soit ce symptôme, nous l'invoquerons cependant pour justifier notre étiologie. Cette observation se rapproche ainsi de l'observation 92.

On peut en dire autant de l'observation 93.

Il est ainsi prouvé ici qu'une infection pharyngée peut être à peine appréciable et donner lieu à des érythèmes scarlatiniformes rendant ainsi difficile le diagnostic avec la scarlatine.

D'une manière générale les auteurs font remar-

quer que dans l'érythème scarlatiniforme les phénomènes locaux sont très intenses et les phénomènes généraux légers. Mais M. le professeur Hutinel insiste sur la gravité de certaines formes d'érythèmes scarlatiniformes infectieux, surtout lorsque ceux-ci revêtent la forme épidémique, et souvent il pronostique la mort à bref délai ; les événements viennent la plupart du temps démontrer la véracité de ses affirmations. D'autre part il est des formes, comme celles que nous rapportons dans nos observations, où l'éruption et les phénomènes locaux sont réduits au minimum. Aussi peut-on conclure de toutes ces considérations qu'il existe toute une gamme entre les érythèmes scarlatiniformes légers et graves, et ce n'est pas l'intensité de la maladie qui suffit souvent à faire le diagnostic avec la scarlatine. On s'en rapportera à l'état général, à l'habitus, aux yeux cerclés et injectés en cas d'érythème (Hutinel), à l'évolution, à la porte d'entrée de l'infection, au milieu d'où vient l'enfant, en un mot à un ensemble de symptômes plutôt qu'à un symptôme isolé.

ERUPTION DE ROSÉOLE

Nous ne dirons que deux mots de la confusion possible de la scarlatine avec la rubéole. Dans celle-ci la température est moins élevée. Mais n'existe-t-il pas des scarlatines à peine fébriles ? L'état général est peu touché dans la rubéole, et celle-ci est précé-

dée d'un léger catarrhe des voies lacrymales qui manque toujours dans la scarlatine.

En résumé, pour terminer ce chapitre, nous voyons dans l'ensemble que les grandes causes d'erreurs de diagnostic ayant fait venir des enfants à tort au pavillon Trousseau en 1903 ont été :

Le rash prévaricellique et les érythèmes scarlatiformes.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Hygiène.

La première indication consiste avant tout à soumettre le scarlatineux à une hygiène spéciale et bien comprise. Il devra garder le lit et suivre le régime lacté pendant trois à quatre semaines environ et éviter toutes les causes susceptibles d'amener un refroidissement quelconque. Le régime lacté mitigé doit succéder au régime lacté absolu ; dans les cas favorables il est possible d'abrégé la durée de ce dernier. C'est affaire de tact pour le médecin qui devra diriger raisonnablement le régime dans chaque cas particulier ; il ne devra pas oublier notamment d'examiner très fréquemment les urines : tous les jours au début dans tous les cas ; puis par la suite à intervalles plus espacés, mais encore suffisamment rapprochés. On ne donnera d'abord au malade que du lait, environ toutes les trois heures,

en quantité variable suivant l'âge et les besoins du sujet. S'il n'y a pas d'albumine dans les urines, si l'état du malade est bon, s'il n'y a ni fièvre ni complications sérieuses, on pourra autoriser au bout de quelque temps, en outre du lait, des bouillies lactées, des bouillies préparées au bouillon de légumes, du bouillon ; on y ajoutera un ou deux œufs, quelques jours plus tard, puis un peu de viande blanche ou du poisson choisi (sole et limande par exemple) ; on reviendra ainsi progressivement à l'alimentation ordinaire qu'on pourra reprendre, alors que le malade sera déjà depuis quelque temps en convalescence. S'il y a de l'albumine, et surtout si l'albuminurie est notable, il faut être plus sévère et prolonger le régime lacté absolu qui ne sera mitigé d'autant plus lentement et dans des proportions d'autant plus restreintes que l'albuminurie sera plus persistante. De plus il est bien probable que la cure de déchloration, récemment préconisée, pourra rendre service dans certains cas. L'observation n^o 78 que nous avons rapportée montre bien l'influence du régime alimentaire dans les cas d'albuminurie ; elle est à ce point de vue, à notre avis, d'un très grand intérêt.

En résumé :

Séjour au lit et pas de refroidissement, régime lacté absolu ou mitigé et essentiellement une réglementation rationnelle du régime alimentaire, voilà dans ses grandes lignes tout ce qui constitue l'hygiène des scarlatineux, laquelle doit être suivie toutefois avec des modalités et des nuances plus ou

moins douces selon les cas jusqu'à la fin de la maladie.

Nous avons déjà dit (1) toute l'importance de cette hygiène, indiqué les résultats magnifiques obtenus par son application stricte au pavillon Trousseau en 1903, exposé les difficultés de son application rigoureuse auprès de certains malades urbains, montré quel est le rôle du médecin qui doit s'efforcer de persuader les familles et s'y prévaloir de son autorité pour surmonter les obstacles autant qu'il le pourra.

Cette hygiène s'oppose à l'apparition des complications rénales et modère la marche de celles qui sont déjà déclarées. C'est pourquoi nous avons cru devoir insister au cours de notre étude sur ce point capital du traitement.

ANGINES

Dans l'angine simple et banale on procédera simplement à des lavages de la gorge par irrigation avec l'eau boricuée tiède (30 grammes par litre), lavages qu'on réitérera plusieurs fois par jour.

Dans l'angine érythémateuse plus marquée qui cause plus de gêne et de douleur au malade qui se plaint, on prescrira, en outre des lavages à l'eau boricuée, des attouchements au pinceau deux fois

1. Voir chapitre VII, paragraphe 10.

par jour avec de la glycérine résorcinée (à 1/20); oindre de même le pourtour des narines avec de la vaseline résorcinée (à 1/20); humecter l'intérieur du nez par l'intermédiaire d'un bourdonnet d'ouate avec de l'huile mentholée (à 3 o/o).

Dans les angines plus intenses, pseudo-membraneuses, faire des irrigations de la gorge à l'eau oxygénée (100 grammes pour un litre d'eau bouillie) et toucher les fausses membranes deux fois par jour avec un pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc (à 1/60). M. Richardière n'aime pas à employer le chlorure de zinc qui réclame un maniement délicat et offre certains inconvénients, il préfère des lavages par irrigation matin et soir avec une solution tiède de permanganate de potasse (25 centigrammes pour un litre).

En cas de diphtérie, injection de sérum (10 à 20 centimètres cubes); cette sérumthérapie ne sera pas seulement curative, on pourra l'appliquer préventivement quand il y aura indication.

OTITES.

Il faudra aussi soigner les complications qui peuvent survenir du côté des oreilles. Introduire dans le conduit auditif externe une petite mèche imbibée d'un liquide antiseptique (huile mentholée à 3 o/o par exemple). Puis faire un pansement sec, mettre de la poudre d'acide borique dans le conduit. Inciser les abcès s'il y a lieu.

Mais on a surtout à soigner les otites aiguës par inflammation ; celle-ci, partie du pharynx, se propage par la trompe dans l'oreille moyenne. Ces otites peuvent être très douloureuses, avec exacerbations nocturnes. Il faut calmer la douleur pour empêcher l'inflammation de se propager à la mastoïde. On ordonnera des bains d'oreille chauds plusieurs fois par jour, des compresses chaudes (linges chauffés au four) derrière l'oreille ; on met dans le conduit un peu de ouate imbibée de glycérine phéniquée (à 1/30). Si l'otite ne tend pas vers la résolution, si les douleurs persistent et que la température reste influencée par cette complication, il faudra faire la paracenthèse du tympan. Toute collection purulente qui séjourne dans la caisse doit toujours être ouverte, et il est préférable de ne pas attendre l'ouverture spontanée. Chez les enfants il est indiqué de pratiquer la paracenthèse du tympan sous chloroforme. L'opération faite, assurer l'antisepsie du conduit (sécher le conduit à l'alcool avant l'opération ; après l'opération, pansement sec qui consiste à mettre de l'acide borique dans le conduit, puis une mèche aseptique) ; vaseline résorcinée dans le nez.

Enfin, nous savons que, quand il y a lieu de trépaner la mastoïde, cette opération s'impose d'urgence.

EMBARRAS GASTRIQUES

Dans les cas d'embarras gastriques on administre un purgatif au début comme à la fin de la maladie. Le régime lacté et l'hygiène des scarlatineux ont une action préventive contre la diarrhée. On pourra donner du tannin (25 à 50 centigrammes par jour).

ADYNAMIE. COLLAPSUS

Il faudra lutter contre les états d'adynamie profonde ou de collapsus :

- Injections hypodermiques d'éther ;
- Injections hypodermiques de caféine (1) ;
- Frictions au collargol (2) ;
- Administration de sérum artificiel (3) ;
- Inhalations d'oxygène.

DANS LA SCARLATINE HÉMORRAGIQUE

Donner de l'ergotine (un centimètre cube d'ergotine Yvon en injection sous-cutanée).

I.	Caféine.	= {	aa 2 gr. 50 c.
R.	Benzoate de soude.	= {	
	Eau distillée.	=	q. s. pour 10 c. c.

NOTA. — On injecte à la fois un centimètre cube de la solution.

2. Collargol. Argent à l'état colloïdal.

3.	Chlorure de sodium	= 7 grammes.
R.	Phosphate de soude	= 2 grammes.
	Eau distillée bouillie	= q. s. pour un litre.

NOTA. — On administre à la fois 125 grammes ou plus.

CONTRE LES HYPERTHERMIES

On lutte par la balnéation : ce qui nous convient le mieux, en général, ce sont les bains progressivement refroidis et dont en outre la température pourra être chaque jour abaissée.

EN CAS DE BRONCHO-PNEUMONIE

Pratiquer les enveloppements froids ou tièdes, à renouveler toutes les trois heures.

LES DIVERSES COMPLICATIONS EXTERNES (ABCÈS, PHLEGMONS, LYMPHANGITES, ETC.)

Ne seront pas négligées ; mais il nous paraîtrait superflu de nous y attarder ici. Faut-il rappeler combien il importe d'être à la fois aseptique et antiseptique dans toutes ces pratiques ?

EN PRÉSENCE DES ARTHRALGIES

On trouve dans le séjour au lit une pratique utile. Si ces complications se produisent, on fera bien de prescrire l'aspirine (1) (25 à 50 centigrammes). Nous avons eu l'occasion d'indiquer que c'est un médicament recommandable en l'espèce (2).

1. Aspirine. Combinaison d'acide acétique et d'acide salicylique.

2. Voir chapitre VII, paragraphe 9.

A LA GUÉRISON

Quand la maladie est arrivée à la guérison et que la desquamation est terminée, il faut conseiller un grand bain tiède pour enlever les dernières traces de squames.

PROPHYLAXIE

Le scarlatineux sera isolé et placé dans une chambre bien aérée et dont la température sera maintenue uniforme (entre 15° et 18°). Cet isolement remplit un double but :

1° Il est salulaire au malade qui se trouve ainsi moins exposé à contracter certaines complications pouvant venir du dehors, et nous concevons combien il est important de prendre des mesures à propos des infections secondaires susceptibles de sévir non sans danger sur un terrain scarlatineux ;

2° Il s'impose pour empêcher la contamination (1).

L'isolement ne devra cesser qu'après la guérison complète; il faut compter quarante jours environ. C'est au moment où l'isolement est levé qu'on donne le grand bain tiède que nous avons conseillé pour enlever les dernières traces de squames.

On prescrira en même temps une ou deux sor-

1. La scarlatine est une maladie à déclarer.

ties à l'air libre pour commencer, sauf en cas d'une contre-indication possible.

L'isolement du scarlatineux devra être rigoureux, et cela pendant toute sa durée. Il doit être respecté autant par les gens de la maison que par les visiteurs étrangers. Les plus grandes précautions sont indiquées à l'égard des frères ou sœurs. Les divers objets (ustensiles ou jouets) employés par le malade devront rester spécialement affectés à son usage. Il serait à souhaiter que les personnes chargées de soigner le malade soient en aussi petit nombre que possible (deux suffisent largement) ; il faudrait qu'elles aient, avec le médecin, seules l'accès de la chambre.

Toutes les règles de la désinfection devront être observées vis-à-vis :

- 1° Du malade lui-même ;
- 2° De son linge ;
- 3° De sa literie ;
- 4° Des gardes-malades et des personnes qui entrent dans la chambre ;
- 5° Des locaux.

Nous n'avons pas à en détailler ici la technique.

Quant aux objets de peu de valeur qui auront été utilisés par le malade (jouets, bibelots divers, etc.), il est préférable de les détruire.

EN RÉSUMÉ

Nous constatons que les ressources ne manquent pas :

1° En faveur du malade lui-même ;

2° Contre la dissémination.

Mais souvent il faut de grands efforts et une persévérance réelle, ce qui constitue une difficulté qu'on ne parvient pas toujours à vaincre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Scarlatine maligne à forme hémorragique.
Diphthérie. Broncho-pneumonie.

Enfant décédé au neuvième jour de sa maladie le huitième jour après son arrivée à l'hôpital.

P. R..., âgé de 4 ans.

Antécédents. — Rien dans les antécédents héréditaires. Né à terme, nourri au sein. A marché à un an. A eu la varicelle en septembre 1902.

Début de l'état actuel. — Le 30 janvier : vomissements, maux de tête et de gorge. Le 31 on constate une éruption et on nous amène l'enfant. On signale plusieurs cas de scarlatine dans l'école où va l'enfant.

Scarlatine. — Le 1^{er} février nous constatons une éruption de moyenne intensité sur tout le corps, plus accusée le 2. Le 4 février débute la desquamation qui est abondante le 5.

Angine. — Les 1 et 2 février la gorge est rouge avec mucopus très abondant dans le pharynx. La langue est saburrale et se dépouille à la pointe. Les jours suivants l'angine poursuit son évolution aggravante. On a fait plusieurs cultures : le 3 février on trouve des bacilles courts (la culture a porté sur le jetage nasal) ; le 4 février on trouve des bacilles moyens et

des cocci (la culture a porté sur la gorge) ; le 5 février, des bacilles moyens. La diphtérie est bien déclarée. Le 6 février, une autre culture a donné des bacilles longs. L'enfant ayant un certain degré de tirage a été transporté à la diphtérie où il est décédé le lendemain 7 février (il n'a pas été tubé, le tirage ayant été jugé insuffisant).

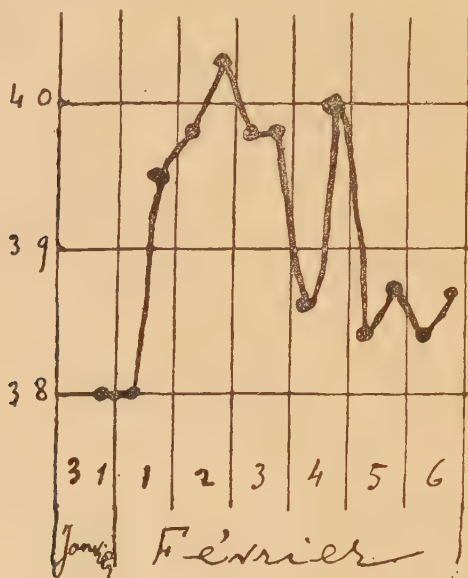
Complications. — 1^o D'abord l'angine diphtérique signalée. Il y a de gros ganglions cervicaux dans la région mastoïdienne.

2^o *Hémorragies cutanées.* — Le 2 février on note quelques ecchymoses sur le bord interne du pied gauche et à la plante ; quelques-unes aussi sur les joues. Le 3 février les ecchymoses ont augmenté de volume et d'étendue, elles sont plus nombreuses ; on les trouve au bord externe du pied gauche, le long du tendon d'Achille, à la base des second et troisième orteils. Au pied droit : à la voûte plantaire, à la base du petit orteil. Sur les jambes il y a quelques taches purpuriques disséminées. Sur le tronc, rien d'apparent. Sur les bras, quelques taches purpuriques disséminées. Sur la face il y a des taches purpuriques avec état cyanosé de la peau des joues.

3^o L'enfant a présenté à l'auscultation pulmonaire des symptômes de broncho-pneumonie. Le cœur est rapide et irrégulier. Il y a de l'albumine dans les urines. L'enfant est dans un état peu satisfaisant ; il paraît prostré, la fièvre n'a jamais manqué. Il a un pouls faible et rapide. Il a eu des nuits agitées et une syncope le 5 février.

Traitement. — On l'a traité par des bains à cause de la température élevée ; l'huile camphrée (deux injections de 1 cc. en 24 heures, une le matin et une le soir) du 2 au 6 février, le pouls s'est bien amélioré du 2 au 3. Le 5 février on a injecté 20 cc. de sérum antidiphtérique.

Terminaison. — Il est mort le 7 février au pavillon de la diphtérie comme nous l'avons dit plus haut.



Courbe de la température.

OBSERVATION II

Scarlatine à forme toxique avec déterminations gastro-intestinales et méningées.

Enfant décédée au douzième jour de la maladie, le huitième jour après son arrivée à l'hôpital.

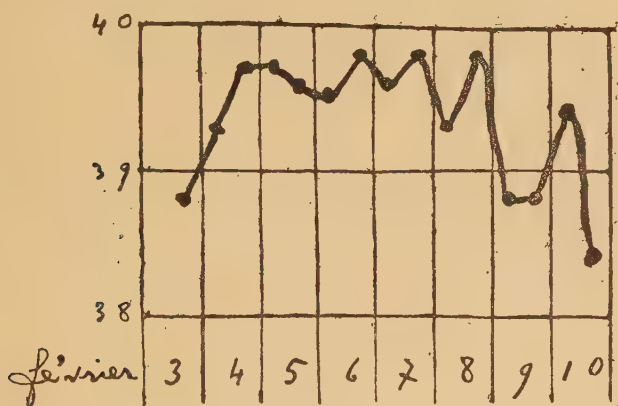
A. N..., âgée de 8 ans.

Antécédents. — Nous n'avons obtenu rien d'important à signaler.

Angine à cocci. — L'enfant s'est plaint de la gorge le 30 janvier. Elle est admise le 3 février au service de la diphtérie. On

constate une angine pseudo-membraneuse. Les deux amygdales sont tapissées d'un enduit abondant. Il y a une adénopathie cervicale gauche marquée et un jetage purulent. La culture n'a donné que des cocci. Le 9 février l'état de la gorge est amélioré, il n'y a plus de muco-pus, elle est moins rouge.

Scarlatine. — Le 4 février, le lendemain de son arrivée à l'hôpital, on avait passé l'enfant à la scarlatine sur la constatation d'une éruption déjà assez atténuée. L'éruption est disparue le 6 février.



Courbe de la température.

Le 9 février la desquamation est commencée dans le dos. On trouve des traces d'albumine dans les urines depuis l'arrivée à la scarlatine.

Le 9 février l'enfant a des vomissements et de la diarrhée verte. Inégalité pupillaire marquée.

Le 10 février. — L'enfant passe par des alternatives d'assoupissement et d'excitation avec mouvements désordonnés des bras et des jambes. Depuis le 5 février elle était dans une prostration assez marquée. Elle prend dans son lit l'attitude

dite en chien de fusil. La nuque est fortement renversée en arrière. Inégalité pupillaire. Les joues passent par des alternatives de pâleur et de congestion. L'enfant n'a pas reconnu hier sa famille. Les vomissements ont cessé. Mais la diarrhée verte est toujours abondante. Phlyctène spontanée sur le petit orteil du pied gauche. Langue desséchée. On a prescrit des frictions de collargol. L'enfant meurt à huit heures du soir dans un accès de convulsions.

Autopsie faite le 13 février.

Cerveau. — Il est seulement congestionné.

Poumons. — Splénisés aux bases.

Rate. — Diffuente.

Foie. — Gras.

Reins. — Enormes, mous et presque diffuents. Hémorragie sous-capsulaire. A la coupe, les deux substances médullaire et corticale sont confondues.

OBSERVATION III

Scarlatine après angine diphtérique.

Enfant décédée au septième jour de la maladie, le deuxième jour de son arrivée à l'hôpital.

E. R..., âgée de 4 ans.

Antécédents. — Parents bien portants. Enfant née à terme, nourrie au sein jusqu'à 16 mois. A marché à un an.

Angine grave. — E. R... est souffrante depuis le 24 février : fièvre, angine fétide. Elle entre à l'hôpital le 1^{er} mars.

Le 2 mars on trouve une coloration grisâtre du voile du palais et des amygdales. La face interne des amygdales est tapissée par un exsudat grisâtre extrêmement abondant et à

odeur fétide. La culture a donné des bacilles courts. La langue est desséchée. Il y a un engorgement ganglionnaire dur et douloureux des deux côtés. On n'a pas pu recueillir les urines. La température qui était de 39°8 le 1^{er} à l'arrivée est le matin du 2 mars de 40°8 ; le soir : 40°4. Le pouls est à 150. La prostration est très accusée. On a ordonné des lavages de la gorge au permanganate de potasse, des bains à 35°, des frictions au collargol, et 250 grammes de sérum artificiel.

Scarlatine. — Le 25 février, un jour après le début, paraît l'éruption. On nous a signalé un cas de scarlatine dans l'entourage.

Le 2 mars, à l'hôpital, on a constaté une éruption atténuée sur tout le corps.

Terminaison. — Pendant toute la journée du 2 mars l'enfant est restée dans le même état de prostration. Elle n'a pas reconnu sa famille. Il y a une diarrhée verte abondante. L'après-midi, vers une heure, l'enfant a une syncope au moment où on lui fait un lavage de la gorge. On parvient à ranimer le pouls avec 125 grammes de sérum. La malade s'affaisse de plus en plus et elle meurt à 4 heures du matin.

Autopsie faite le 4 mars.

Cœur. — Légère teinte feuille morte. Rien dans les cavités.

Poumons. — Un peu congestionnés aux bases.

Foie. — Un peu gras.

Reins et rate. — Paraissent normaux.

OBSERVATION IV

Scarlatine toxique avec angine pseudo-membraneuse.
Streptocoques.

Enfant décédée au quatrième jour de la maladie, le troisième jour après son arrivée à l'hôpital.

J. J..., âgée de 2 ans 1/2.

Antécédents. — Rien à retenir.

Etat actuel. — Malade depuis le 23 mars ; vomissements, mal à la gorge ; on constate l'éruption quelques heures après.

Nous voyons l'enfant à l'hôpital le 24 mars : nous avons vérifié l'existence d'une éruption de scarlatine ; la gorge avec quelques points d'exsudat muco-purulent et jetage nasal.

Le 25 mars. — Mêmes constatations à la visite du matin. La voix est enrouée. Il y a une diarrhée verte assez intense. Prostration. La température, qui atteignait hier 40°2 et 40°6 au soir, est ce matin de 41°2. Le pouls est à 170. Dans l'après-midi du même jour 25 la prostration s'est accusée, l'enfant n'a pas reconnu ses parents, diarrhée verte incessante. A la contre-visite l'exsudat pseudo-membraneux a considérablement augmenté et recouvre presque uniformément la gorge entière. L'éruption est beaucoup plus-intense.

Dans la nuit du 25 au 26 l'enfant a des mouvements convulsifs. Elle entre dans le coma vers 4 heures du matin et la mort survient trois heures après (à 7 heures du matin le 26 mars).

Autopsie faite le 27 mars.

Poumons. — Un peu congestionnés aux bases. Les autres organes paraissent normaux.

OBSERVATION V

Scarlatine maligne à détermination gastro-intestinale.

Enfant décédé au troisième jour de la maladie, le lendemain de son arrivée à l'hôpital.

G. R..., âgé de 2 ans 1/2.

Renseignements. — Parents bien portants. Deux autres enfants bien portants. Un troisième a quitté le pavillon le 5 mars. Celui-ci a présenté les premiers phénomènes le 8 mars : il semble donc que l'incubation a pu durer du 5 au 8 mars. On signale la scarlatine dans l'entourage.

L'enfant G. R... est né à terme. Nourri au biberon avec lait de chèvre, à la campagne. A marché à quatorze mois.

Etat actuel. — Le 8 mars l'enfant a été pris brusquement par des vomissements et de la diarrhée. Le 9 mars au matin est apparue l'éruption. L'enfant entre au service dans la journée. Le 10 mars, l'enfant est vu à la visite. On constate une éruption de moyenne intensité sur tout le corps. Gorge rouge avec muco-pus. La langue est saburrale et dépouillée sur les bords. Il y a de la diarrhée verte et des vomissements très abondants. L'enfant est dans un état de prostration très marqué. Le poulx est incomptable et filiforme. La température est égale à 40°5. On prescrit des frictions au collargol, une injection de cent centimètres cubes de sérum à faire toutes les quatre heures, un bain à 37° (trois fois dans la journée). Mais l'enfant est mort ce même jour 10 mars à 11 heures du matin.

OBSERVATION VI

Scarlatine hémorragique.

Enfant décédé le quatrième jour de la maladie, le jour même de son arrivée à l'hôpital.

G. R..., âgé de 4 ans.

Renseignements. — Parents bien portants. Enfant né à terme. Nourri au sein jusqu'à 15 mois. A marché à 14 mois. A eu la rougeole à 3 ans. Les parents ont chez eux un autre enfant malade depuis un mois et actuellement en desquamation.

Etat actuel. — Celui-ci a été pris le 16 mars par des vomissements et mal à la gorge. Eruption hémorragique apparue le 18. Il entre le 19 à l'hôpital, il est encore en éruption. L'enfant a une syncope à cinq heures du soir. Il est décédé six heures après, à onze heures. Il porte des pétéchies sur le tronc et les membres.

Autopsie faite le 21 mars. On ne relève rien de particulier dans l'examen des divers organes (poumons, cœur, reins et rate). Signalons seulement la congestion des reins et des poumons. Le poumon gauche surtout est davantage congestionné.

OBSERVATION VII

Scarlatine consécutive à la diphtérie avec croup au premier degré. Arthralgie de l'épaule. Otite double. Vomissements incoercibles. Paralyse bulbaire probable.

Enfant décédé le quarante-troisième jour de la maladie, le trente-neuvième jour après son arrivée à l'hôpital.

P. R..., âgé de 7 ans.

Renseignements. — Père bien portant. Mère décédée il y a trois mois, bacillaire. Deux frères morts il y a deux mois (rougeole et bronchopneumonie). Pas de maladie antérieure dans les antécédents personnels.

Etat actuel. — 1^o Diphtérie ; 2^o scarlatine.

Diphtérie. — L'enfant tombe malade le 4 mars : mal à la gorge, jetage nasal, toux assez vive, anorexie. Il arrive à l'hôpital le 8 mars où il est admis à la diphtérie. On constate une angine pseudo-membraneuse, les deux amygdales sont recouvertes. La toux est rauque, la voix éteinte. La culture donne des bacilles moyens. Le 10, amélioration. Le 11, la gorge est presque propre.

La température qui le 8 à l'arrivée était de 39°3 baisse toujours et ce matin 11 elle est de 37°3. Du 8 au 10 mars on a fait en tout 50 centimètres cubes de sérum.

Le 21 mars, la température de l'enfant, qui depuis le 11 reste voisine de la normale, monte brusquement à 39°8. On constate une éruption et on passe l'enfant à la scarlatine.

Scarlatine. — Le 21 mars, la langue commence à se dépouiller. On trouve une éruption de moyenne intensité sur tout le corps, disparue le 26. La gorge est rouge avec points d'exsudat. Il n'y a plus rien à la gorge le 25.

Le 28 débute la desquamation.

Le 23. — Le pouls est faible ; on a administré 250 centimètres cubes de sérum.

Le 24. — Le pouls marque 126 et 120 le 25.

La température, à 39°8 le 21, continue à monter ; le 23 nous avons 41°. Puis elle descend un peu : nous avons 39° le 25. Elle va osciller entre 38° et 39° jusqu'au 9 avril où elle marque 38°.

Complications. — 1^o Le 29 mars. *Arthralgie* : douleur à

l'épaule gauche. On donne 50 centigrammes d'aspirine. La température, qui est de 38°4 le matin passe au soir à 40°4. Le 30 mars, l'enfant ne se plaint pas, la température est à 38°6.

2° Le 31 mars, bronchite légère.

3° Le 4 avril, otite droite. Le thermomètre est à 38°. Le 6, il arrive le soir à 39°8 et marque 39° le 7. Les 8 et 9 nous avons 38°. Vomissements.

4° Les 10, 11 et 12, la température est à la normale 37°. A partir du 11 l'enfant a des vomissements incoercibles. Diète, lavements nutritifs et sérum.

5° Otite gauche le 13 avril. La température est remontée ; elle est arrivée à 39°3 le soir. Le 14 elle revient à la normale, 37°. Les vomissements incoercibles n'ont pas cessé. L'enfant meurt le 15 avril à 6 heures 1/2 du matin.

Autopsie. — N'a rien présenté de particulier. L'enfant est mort à la suite de vomissements incoercibles de cause inconnue. M. Richardière pense qu'il s'agit de phénomènes de paralysie bulbaire, comme on en voit parfois dans la scarlatine.

OBSERVATION VIII

Scarlatine. Infection pulmonaire droite ; pleurésie purulente.

Enfant décédé le 3 avril au dix-septième jour de la maladie.

D. R..., âgé de 20 mois.

Renseignements. — Il est entré à l'hôpital en chirurgie, salle Giraldès, pour y subir l'opération de la ténotomie. Pied bot, varus congénital double. Rachitisme (nouures, chapelet costal).

Début. — Du 9 au 17 mars, la température oscille entre 37°4 et 37°6 ; le thermomètre s'est souvent tenu vers 38°. Le

18 mars, la température commence à monter, elle arrive à 38^o₄. L'enfant n'est pas encore opéré. Il quitte le service de la chirurgie pour passer à celui des douteux. Le 24 on constate l'éruption et on passe l'enfant à la scarlatine. La fièvre est à 40^o le matin et 41^o le soir.

Scarlatine. — Il a été contaminé salle Giraldès d'où sont déjà venus ces temps derniers des cas de scarlatine. Du 9 au 17 mars se fait l'incubation : durée neuf jours. Le 24 mars, apparaît l'éruption ; le 25 nous voyons une éruption nette généralisée, très intense, écarlate ; le 30 elle est disparue. Durée de l'éruption : six jours. Du côté de la gorge c'est une angine simple : les amygdales sont grosses, la gorge est rouge, sans exsudat.

Le 25 mars on note le début de la desquamation : un peu au tronc et à la figure. Le 27 mars la desquamation est nette aux membres inférieurs. La desquamation a donc débuté au cours de l'éruption.

Complication. — Le 25 mars à l'auscultation on trouve un foyer de broncho-pneumonie à la base du poumon droit (souffle tubaire). Le pouls est petit, rapide, il est à 160. Dyspnée : on compte 68 pour la respiration. Le thermomètre marque 39^o₆ et 40^o₆.

Le 26. — Même auscultation, pouls à 140, respiration à 60. La température est à 39^o₂ et 40^o₃ (matin et soir). Les jours suivants (du 27 mars au 3 avril) le pouls, la respiration et la température resteront dans un état analogue.

Après l'examen du 28 mars nous notons : matité dans la zone droite dans toute son étendue, pas de murmure respiratoire, souffle tubaire dans la zone moyenne droite et en avant. L'en-

fant a de la diarrhée depuis le 25 (selles jaunes liquides). Du 30 mars au 2 avril, constatations identiques.

Dès le 25 mars on a ordonné des enveloppements froids toutes les trois heures pendant une demi-heure. Le 3 avril l'enfant est très agité, l'auscultation est difficile. Subitement dans la matinée l'enfant a une crise aiguë de dyspnée, il étouffe et se cyanose. On fait une injection d'un centimètre cube d'huile camphrée:

L'enfant est toujours cyanosé et dyspnéique : on fait une injection d'éther. Il meurt à 11 heures 1/2 du matin. On a porté le diagnostic de broncho-pneumonie, c'est une complication rare dans la scarlatine.

Autopsie faite le 4 avril.

Poumons. — A l'ouverture du thorax on constate que la plèvre et le poumon du côté gauche sont sains, mais à droite il y a dans la cavité pleurale 150 grammes de liquide séro-purulent. De plus, à la partie supérieure, le poumon adhère légèrement à la paroi par l'intermédiaire d'un exsudat fibrineux, extrêmement épais. Le poumon droit retiré, on constate que la plèvre qui le recouvre est très épaissie. A la coupe ce poumon a l'aspect de la chair musculaire (carnifié). On constate l'épaississement de la plèvre interlobaire et de la sclérose péribronchique. Le tissu pulmonaire ne crépite en aucun point, des fragments enlevés de diverses régions plongent dans l'eau. En somme il y a de l'atélectasie, un peu de sclérose en quelques points, mais aucune lésion de broncho-pneumonie aiguë. Les ganglions trachéo-bronchiques sont légèrement augmentés de volume.

Cœur. — Rien au péricarde ni au cœur.

Foie. — Normal.

Rate. — Hypertrophiée mais normale à la coupe.

Reins. — Normaux.

Cerveau. — Un peu de congestion sur les faces externes du cerveau.

OBSERVATION IX

Scarlatine ataxo-adynamique. Otite double.

Adénites cervicales.

Enfant décédée le cinquième jour de la maladie le lendemain de son arrivée à l'hôpital.

B. M..., âgée de 7 ans $1/2$.

Antécédents. — Rien à signaler.

Etat actuel. — Le 8 avril, l'enfant se plaint de la tête et de la gorge. L'éruption apparaît le 11. Durée de l'invasion : trois jours.

Elle entre au service le 11. Nous la voyons le 12. La langue est saburrale. Les amygdales sont grosses, rouges, tapissées d'exsudat. Jetage nasal très abondant et très fétide. La culture a donné des cocci. Il y a une éruption très légère sur tout le corps.

Complications. — Otite double. Ganglions cervicaux des deux côtés. Ataxo-adynamie intense : alternatives de coma et d'agitation forçant à maintenir la malade ; la température est à 40° le matin et elle atteint le soir 40°8. L'enfant rentre dans le coma et meurt à sept heures du soir.

OBSERVATION X

Scarlatine après une angine diphthérique. Arthralgies. Adénophlegmon sous-maxillaire. Paralysie du voile du palais. Otite double. Broncho-pneumonie terminale.

Enfant décédée le 20 avril à six heures du matin.

A. M..., âgée de 11 ans.

Observation résumée. — L'enfant est malade le 10 mars. Elle souffre de la gorge. Elle entre à l'hôpital le 14 mars où elle est admise aux douteux. Il y a un exsudat pseudo-membraneux. On pense à la diphthérie et après une injection de sérum on passe cette enfant dans le pavillon de ce service. Une culture y est faite et donne des bacilles moyens.

Le 18 mars. — La gorge est à peu près nettoyée.

Le 20. — Rougeur intense de la gorge.

Le 21. — Eruption de scarlatine sur tout le corps, langue dépouillée à la pointe.

Le 24. — Voix nasonnée ; paralysie du voile.

Le 25. — La desquamation commence aux mains.

Le 27. — Douleurs articulaires dans les membres ; collargol.

Le 7 avril. — Adénophlegmon sous-maxillaire.

Le 8 avril. — Bronchite aux deux poumons.

Le 15 avril. — L'état de l'enfant est mauvais ; on la passe à la scarlatine. Une culture de la gorge est faite et donne des bacilles courts.

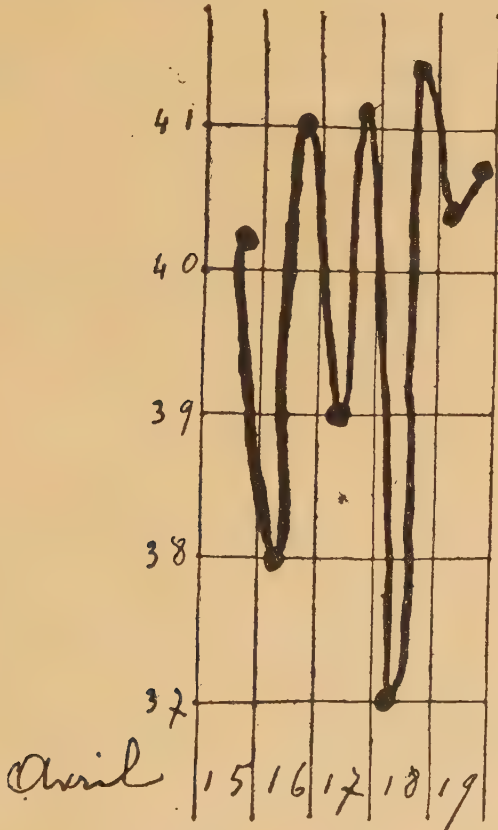
Le 16 avril. — La desquamation est très intense sur tout le corps.

Il y a une otite double. Adénophlegmon sous-maxillaire

incisé à droite. Bronchopneumonie pseudo-lobaire dans les deux tiers du poumon.

Albumine dans les urines.

Le pouls paraît très mauvais. La malade a un facies cachectique, une maigreur extrême.



Courbe de la température.

Les jours suivants l'état général reste mauvais. Les signes de bronchopneumonie sont bien manifestes : il y a un souffle tubaire dans toute la hauteur du poumon droit et des râles sous-crépitaux ; de la matité. Le poumon gauche donne aussi des râles sous-crépitaux.

Le 19 avril. — Il semble y avoir un calme apparent ; l'enfant sourit, joue avec sa poupée ; cependant le cœur est extrêmement rapide, les battements sont incomptables.

Le 20 avril. — Vers 4 heures du matin surviennent des crises de suffocation, de la cyanose de la face et des membres. Elle meurt à 6 heures du matin.

En considérant la courbe de la température, on remarque que la fièvre a présenté des oscillations considérables.

OBSERVATION XI

Scarlatine survenue au cours de la coqueluche. Arthropathies.
Diarrhée. Otite double. Convulsions.

Enfant décédée.

L. G..., âgée de 5 ans.

Antécédents. — Nuls.

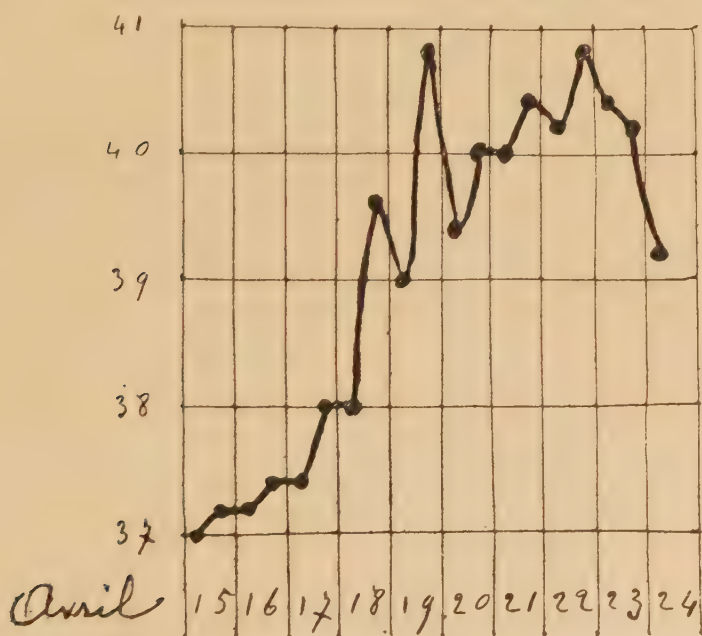
Etat actuel. — L'enfant entre à l'hôpital le 10 avril, admise aux douteux. Toux quinteuse avec reprises, crachats après la quinte. Le début date du 4 avril. Elle reste aux douteux jusqu'au 17 avril. Du 10 au 17 la température est normale. Le 17 avril : un peu de fièvre ; 38°. Elle a une diarrhée verte intense. Elle passe du service des douteux à celui de la coqueluche.

La température continue à monter ; le 19 avril elle est à 40°8 le soir et en même temps on constate l'éruption. On nous passe l'enfant.

Du 21 au 23 avril. — Nous constatons l'éruption ; une angine à cocci avec jetage nasal ; une langue saburrale, dépouillée et sèche. Les complications sont : la coqueluche, une diarrhée verte

intense, une otite double, des douleurs articulaires dans les membres. La température est toujours restée élevée, plutôt voisine de 40°. Prostration et agitation alternant.

Le 24 avril. — L'éruption s'atténue. Une deuxième culture montre dans l'angine des cocci et quelques chaînettes de streptocoques. Les arthropathies et la diarrhée verte diminuent, il n'y a plus de jetage. Elle paraît plus reposée.



Courbe de la température.

Terminaison. — A 1 heure de l'après-midi l'enfant est prise de convulsions qui durent jusqu'à 3 heures. A ce moment survient une quinte violente de coqueluche qui se termine par la mort de la petite malade.

OBSERVATION XII

Scarlatine avec phénomènes intestinaux graves.

Enfant décédé au quatrième jour de la maladie, le lendemain de son arrivée à l'hôpital.

M. L..., âgé de 3 ans.

Observation résumée. — Cet enfant a commencé à se plaindre le 9 mai. L'éruption est apparue le 11, jour de son admission au pavillon. A ce moment la température est à 39°6. Le 12 au matin elle est à 40°. L'enfant a vomi sept ou huit fois dans la nuit. Depuis hier il a eu cinq selles en diarrhée verte.

L'enfant est décédé ce jour 12 mai à 1 heure du soir.

OBSERVATION XIII

Scarlatine. Diarrhée verte. Convulsions.

Enfant décédée au cinquième jour de la maladie, le troisième jour après son arrivée à l'hôpital.

J. L..., âgée de 20 mois.

Observation résumée. — Cette enfant a été isolée de son frère scarlatineux le 18 mai. Le lendemain 19, la petite fille est prise de diarrhée et de vomissements. Le 21, on constate au service une éruption très légère, une gorge rouge avec exsudat à gauche. La température est à 39°5 et 41° (matin et soir). On a injecté 5 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Le 22 mai l'éruption est plus accentuée qu'hier, elle commence à desquamier à la face et à l'abdomen. La gorge est rouge, mucopus abondant, ulcération sur l'amygdale droite. Pouls à 142.

Température à 40°6 et 41° (matin et soir). En même temps il y a de la diarrhée verte, quelques convulsions, la respiration est embarrassée et bruyante. Le soir la diarrhée augmente, les convulsions s'accroissent, les extrémités se cyanosent, la mort vient dans la nuit du 22 au 23 à 1 heure du matin.

OBSERVATION XIV

Scarlatine toxique avec rhumatisme scarlatin généralisé.

Cette enfant est malade depuis le 30 avril. Elle est amenée à l'hôpital le 23 mai. Elle meurt le 24 mai à 2 heures du matin.

R. H..., âgée de 8 ans.

Observation résumée. — Rien à dire dans les antécédents. Début de la maladie le 30 avril ; l'enfant se plaint de la gorge. Le 2 mai apparaît l'éruption. Le 23 mai l'enfant rentre à l'hôpital pour des rhumatismes : elle se plaint de douleurs dans tous les membres, les articulations des coudes et des pieds sont gonflées. La température est à 40°5. L'enfant meurt dans la nuit du 23 au 24 à 2 heures du matin.

OBSERVATION XV

Scarlatine toxique avec délire et phénomènes nerveux à forme ataxique.

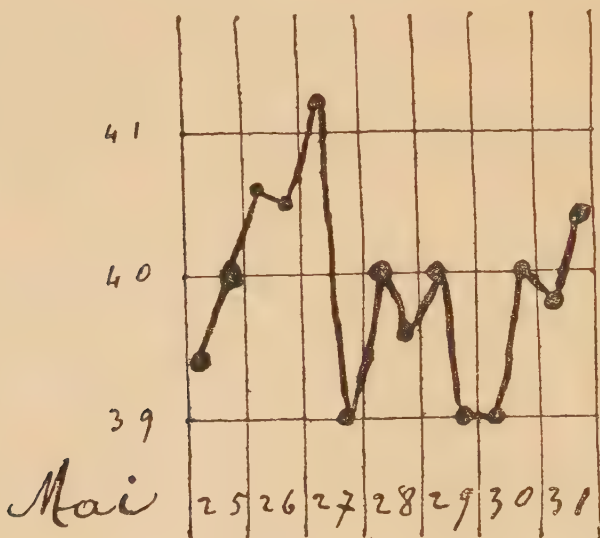
Enfant décédée au dixième jour de la maladie, le huitième jour après son arrivée à l'hôpital.

R. G..., âgée de 7 ans 1/2.

Observation résumée. — Début le 23 mai : l'enfant n'est pas gaie, elle a eu des vomissements.

Le 24 mai apparaît l'éruption de scarlatine et la malade nous arrive.

A la visite du 25 mai nous constatons l'éruption et une angine qui n'offre rien de particulier. La malade a du délire et de l'excitation. Le pouls est à 120. Fièvre qui persiste les jours suivants (considérer la courbe).



Courbe de la température.

Les phénomènes nerveux signalés n'ont pas cessé en même temps que la température est restée élevée. L'enfant meurt le 1^{er} juin à 1 heure du matin.

Autopsie faite le 2 juin.

La rate est diffuente, grosse. Les reins sont gros, infectieux, les deux substances sont confondues. La vésicule biliaire est extrêmement distendue par une bile semi-liquide, plus claire que normalement.

OBSERVATION XVI

Scarlatine avec infection naso-pharyngée grave. Otite double
Phlegmon du pied droit.

Enfant décédé le 16 mai. Il était entré à l'hôpital le 3 mai.
M. B..., âgé de 2 ans.

Observation résumée. — Il est entré le 3 mai. On a 38°. L'éruption apparaît ce jour même. Angine scarlatineuse : gorge rouge sans exsudat le 4 mai, un peu de muco-pus le 8 et le 9, on constate une certaine fétidité de l'haleine, jetage nasal abondant. On a fait une injection de sérum antidiphthérique. Le 10 mai la desquamation est abondante. Dès le 11 et les jours suivants l'angine devient plus grave : on constate un exsudat grisâtre, disséminé sur le voile du palais et les amygdales ; on trouvera une ulcération sur le voile du palais à gauche ; le jetage nasal d'abord abondant finit par se tarir. En même temps les phénomènes généraux s'accroissent avec les mauvais caractères pris par l'angine : la fièvre qui n'a jamais cessé monte à 40° et oscille vers ce chiffre jusqu'à la fin ; le pouls est filiforme, à 144 et à 160.

Outre l'angine grave, comme autres complications il y a une otite double dès le 8 mai et un phlegmon du pied droit signalé au cahier d'observations à la date du 13 mai.

L'enfant meurt le 16 mai. Aucune amélioration ne s'était produite dans l'angine et l'état général.

On n'a pas fait d'ensemencement de la gorge.

OBSERVATION XVII

Scarlatine maligne. Infection bucco-pharyngée. Phlegmon sus-hyoïdien. Broncho-pneumonie.

Entré à l'hôpital le 21 mai. Malade depuis le 18 mai. Décédé le 31 mai à 3 heures du soir.

J. E..., âgé de 5 ans.

Antécédents. — Parents bien portants. Il est né à terme. Nourri au sein. A marché à 13 mois. A cette époque il a présenté quelques symptômes de méningite. Tous les mois il faisait de petites poussées de fièvre qui duraient 48 heures. Depuis, aucune maladie. Pas de scarlatine dans l'entourage.

Etat actuel. — Début le 18 mai : l'enfant est fatigué, vomissements, diarrhée ; éruption le jour même.

Il est entré au pavillon le 21 mai. On l'examine. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords. La gorge est rouge avec exsudat des deux côtés. Grosses amygdales. Le petit malade a une éruption légère ; de l'impétigo de l'oreille droite ; ganglions cervicaux des deux côtés, mais surtout à droite. On administre 15 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Il y a un peu d'albumine dans les urines.

Le 22 mai. — Il y a à la gorge du muco-pus abondant. Dix centimètres cubes de sérum.

Le 25 mai. — La langue est dépouillée complètement, moins d'exsudat dans la gorge ; la desquamation a commencé hier 24.

Le 30 mai. — L'état de la gorge est stationnaire.

Ce malade a certaines complications :

1° La région mentonnière est tuméfiée et on reconnaît que cette

tuméfaction est en rapport avec un phlegmon de la région sus-hyoïdienne ;

2° A la face dorsale du pied gauche on constate une plaque de lymphangite en rapport avec un ulcère profond du talon.

Nota. — Pendant tout son séjour à l'hôpital, du 21 au 31 mai, l'état général du malade est toujours resté à peu près stationnaire sans présenter de grandes rémissions ; la température a oscillé entre 39° et 40°. Le jour de la mort elle est à 39°8 au matin. Le pouls a toujours été rapide : à 142 le 22 mai, à 136 le 27 et se tenant aux alentours de ce chiffre jusqu'au jour de la mort. Il est décédé le 31 mai à 3 heures du soir.

Autopsie. — Faite le 2 juin.

Poumon gauche. — Foyer d'hépatisation pulmonaire sans lésions importantes des bronches (Broncho-pneumonie ultime de la base).

Foie et reins. — Infectieux.

Cœur. — Sans lésions d'endocardite.

La vésicule biliaire est distendue par la bile.

OBSERVATION XVIII

Scarlatine maligne. Angine pseudo-membraneuse avec ulcérations des amygdales et du voile du palais. Phénomènes méningés.

Enfant décédée au sixième jour de la maladie, trois jours après son arrivée à l'hôpital.

P. L..., âgée de 3 ans 1/2.

Résumé. — L'enfant est malade depuis le 3 juin : mal à la gorge, vomissements, constipation ; le même jour apparaît

l'éruption de scarlatine. Elle est vue à la visite du 6 pour la première fois : il y a une angine à pseudo-membranes grisâtres et fétides qui tapissent toute la gorge, les amygdales, le pharynx et le voile. Il y a des ulcérations des amygdales et du voile. Le lavage de la bouche ramène beaucoup de muco-pus. Le voile est parésié (l'eau repasse en partie par le nez). L'enfant est très abattue, dans un état demi-comateux. Elle est dans l'attitude dite en chien de fusil. Hyperesthésie oculaire. La nuque n'est pas raide cependant. Ventre non rétracté. Le thermomètre marque 39° et 39°5 (matin et soir). Le 7, on a une descente : 38°6 et 38°2. Le 8, chute rapide : 36°5. Pouls à 150. Dissociation du pouls et de la température. Cheyne-Stokes. Mort à 2 heures du soir.

Autopsie. — Rien de particulier sauf une vésicule biliaire volumineuse remplie d'un liquide filant, séro-muqueux, moins coloré que la bile.

Voile du palais : l'ulcération constatée pendant la vie est reconnue non perforante et il n'existe pas l'odeur du sphacèle à son niveau.

OBSERVATION XIX

Scarlatine toxique à forme ataxique, avec hyperthermie et déterminations nerveuses.

Enfant décédée au sixième jour de la maladie, le quatrième jour après son arrivée à l'hôpital.

R. J..., âgée de 10 ans.

Observation résumée. — Début le 6 par vomissements et

diarrhée. Eruption apparue le jour même. Elle est entrée le 8.
Température : 40°2.

Examinée le 9. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, la gorge est rouge avec muco-pus abondant ; catarrhe oculaire ; éruption intense sur l'abdomen ; température : 40°8 et 40°6 (matin et soir).

Le 10. — A signaler : deux selles vertes, délire et tremblement musculaire ; la température est à 39°6 et 39°8 (matin et soir).

Le 11. — Le délire s'accroît, le pouls très faible est à 180. Elle meurt à 6 heures 1/2 du soir.

OBSERVATION XX

Scarlatine toxique avec petites hémorragies cutanées disséminées.

Enfant décédée le 1^{er} juillet à 2 heures du soir.

M. L..., âgée de 3 ans.

Résumé. — Elle a été envoyée à la rougeole par erreur à son entrée à l'hôpital le 23 juin. Elle n'a pas eu la rougeole. Elle passe ici le 27 sur la constatation de son éruption de scarlatine. Il y a des vomissements, pas de diarrhée. Ascension thermique : hier on a 37°4 et 38°5 ; aujourd'hui on a 39°4 et 39°6. La langue se desquame sur les bords. Gorge rouge avec exsudat surtout à droite. Cœur normal, les bruits sont bien frappés.

Les 28 et 29 on a 38°7 et 40°7 de fièvre (matin et soir).

Le 30 juin. — 40°4 et 40°8. L'état général est mauvais, elle est abattue. L'éruption est augmentée, piquetée, hémorragique,

il y a des points ecchymotiques d'un rouge vif. Les extrémités se cyanosent et se refroidissent. Le nez est refroidi. La gorge est rouge violacé.

Le 1^{er} juillet la température est à 40°. Il y a deux selles diarrhéiques. Pas de vomissements. Etat général mauvais comme hier. Embryocardie. On prescrit 125 grammes de sérum artificiel, 1 centimètre cube de spartéine, une demi-piqure de caféine. L'enfant meurt à 2 heures du soir.

OBSERVATION XXI

Scarlatine avec angine à streptocoques et phlegmon du pied.
Météorisme abdominal.

Enfant décédé au dixième jour de la maladie, neuf jours après son arrivée à l'hôpital.

P. M..., âgé de 4 ans.

Observation. — La maladie débute le 13 par mal de gorge et diarrhée ; pas de vomissements. L'éruption apparaît le 14. Il est à l'hôpital ; il y a de la fièvre : 39°. Du 15 au 19 juin nous signalons une angine pseudo-membraneuse à streptocoques (une culture a été faite), nous avons vu une éruption intense, la température est descendue peu à peu chaque jour pour passer de 39° à 38°. Le 19 juin elle monte brusquement de 38° à 39°3. Des complications apparaissent du côté du ventre : il s'est subitement météorisé. Le 20 juin la température est à 39°7 et 39°3 (matin et soir). Le pouls à 128. Le ventre est moins tendu et moins dur qu'hier, mais toujours météorisé, douleurs dans les flancs, légère tonalité hydroascitique, saillie de la cicatrice ombilicale, position des jambes en chien de fusil.

On prescrit du sérum artificiel et une vessie de glace sur le ventre. Dans la nuit du 20 au 21 le petit malade a eu des selles normales. Ce matin 21 la température est descendue : $39^{\circ}3$ hier soir ; ce matin $38^{\circ}3$. Le ventre est devenu violacé, il est très ballonné, percussion comme hier, la douleur dans les flancs subsiste. Aux deux pieds (au cou de pied) il y a une réaction inflammatoire locale : tuméfaction sous-fluctuante, rougeur.

Le 22 juin. — Hier la température était $38^{\circ}3$ le matin et $40^{\circ}4$ le soir ; aujourd'hui elle est à 38° le matin et à $39^{\circ}4$ le soir : donc, grandes oscillations dans la température. La situation générale est la même qu'hier. L'enfant meurt ce jour 22 juin à 7 heures du soir.

Autopsie faite le 23 juin. Il n'y a pas de liquide dans le péritoine. Les anses intestinales sont extrêmement distendues par les gaz. L'appendice est normal. Le foie est gras. La vésicule biliaire est assez peu distendue, elle pèse 18 grammes. Aux reins les deux substances sont confondues. La rate est un peu diffluente. A l'incision faite à la partie antérieure du cou de pied s'écoule une quantité notable de pus.

OBSERVATION XXII

Scarlatine avec angine pseudo-membraneuse.

Enfant décédé le 26 juin à trois heures du matin.

M. C..., âgé de 5 ans.

Résumé. — Cet enfant a eu la rougeole en décembre dernier. Il tousse beaucoup depuis ce temps. Il y a quelques jours il a eu une éruption qui a fait croire dans sa famille à une nou-

velle rougeole. Il est entré au service le 18 juin. Rien de particulier à dire jusqu'au 20 juin. Dès lors, la température qui jusqu'à ce moment se maintenait entre 37° et 38°, monte. Ce matin 20 elle est à 37°2 et le soir à 39°. Les 21 et 22, elle continue à monter : ce jour 22 nous avons 40° le matin et 40°8 le soir. Le 23, nous avons 40°. Le pouls est à 130. Sur l'amygdale droite il y a un exsudat pseudo-membraneux blanchâtre assez étendu ; sur la gauche, pseudo-membranes grises et ulcération. On a fait hier du sérum antidiphtérique. Dyspnée. Les 24, 25 et 26, la température est un peu descendue pour être aujourd'hui à 38°8. L'enfant meurt à 3 heures du matin.

OBSERVATION XXIII

Scarlatine chez un enfant cachectique, probablement
bacillaire.

Enfant décédé le 23 juin, le septième jour après son entrée à l'hôpital.

A. R..., âgé de 3 ans.

Résumé. — Sa mère est morte bacillaire. Elevé au sein par sa mère jusqu'à deux ans. Le père et un autre enfant de cinq ans sont bien portants. Il n'a pas eu de maladies aiguës jusqu'à présent : mais c'est un enfant chétif, toujours souffrant, très sujet à la toux et à la diarrhée. Il entre à l'hôpital parce que depuis quelques jours il tousse davantage, qu'il a de la diarrhée et qu'il maigrit. Du 17 au 20, la température est à la normale, 37°. Le 21, ascension thermique (38°5) et éruption de scarlatine. On le passe de la salle Blache à la scarlatine. Il y a eu un cas tout récent de scarlatine à Blache. L'enfant actuel a été

contaminé à Blache et la période d'incubation semble ici être de quatre jours.

Le 22 juin au pavillon nous constatons l'angine scarlatineuse simple et l'éruption bien nette. La température est comme hier vers 38°5. Le 23 juin la température monte à 39°2 et 40° (matin et soir). L'enfant meurt ce jour 23 juin.

OBSERVATION XXIV

Scarlatine avec rougeole chez un enfant cachectique.

Enfant décédé le 25 juin à 4 heures du matin. Entré hier.

F. N..., âgé de 13 mois.

Résumé. — Père mort phthisique. Aucun renseignement affirmatif sur la mère à ce sujet. Il y a plusieurs fausses-couches. Trois enfants en vie dont celui-ci. Il est né à terme, nourri au sein jusqu'à dix mois, puis au biberon. Il ne profite pas. Rachitique.

Il se plaint depuis le 21. On a constaté l'éruption le 23. Cet enfant tousse. Il entre à l'hôpital le 24. Il a comme température 39°5. On constate à la figure une éruption de rougeole. Il meurt le 25 juin à 4 heures du matin.

OBSERVATION XXV

Scarlatine. Mort au milieu de phénomènes de cachexie, probablement de nature tuberculeuse.

Enfant décédé le 26 juin à 6 heures du soir.

B. E..., âgé de 7 ans.

Résumé. — Père bacillaire. La mère et deux autres enfants

sont, nous dit-on, en bonne santé. Celui-ci est né à terme, élevé au biberon. Il a eu la coqueluche à trois mois et la varicelle à deux ans. Bronchite tous les ans.

Il est malade depuis un mois et a été soigné pour la rougeole (il est sorti de l'hôpital le 2 juin). Il est admis à nouveau le 24 juin. C'est un enfant ayant un état de faiblesse, d'amaigrissement et d'anémie prononcés et allant en s'accroissant. Depuis quelques jours il a de la céphalée, de l'hématurie, des vomissements et la constipation qui est habituelle est encore plus marquée; l'enfant se plaint du ventre. Cet enfant tousse. Ajoutons qu'on a fait un diagnostic rétrospectif de scarlatine d'après la desquamation des mains. Température normale: 37°8 le 24 au soir jour de son arrivée, et 37° le lendemain 25. On a prescrit des ventouses sèches et scarifiées dans le dos, des ventouses dans la région lombaire, des piqûres d'huile camphrée, de caféine et d'éther. Mais l'enfant meurt le 26 juin à 6 heures du soir.

OBSERVATION XXVI

Scarlatine avec appendicite et péritonite.

Enfant décédée le 6 juillet à 2 heures du soir.

P. M..., âgée de 12 ans 1/2.

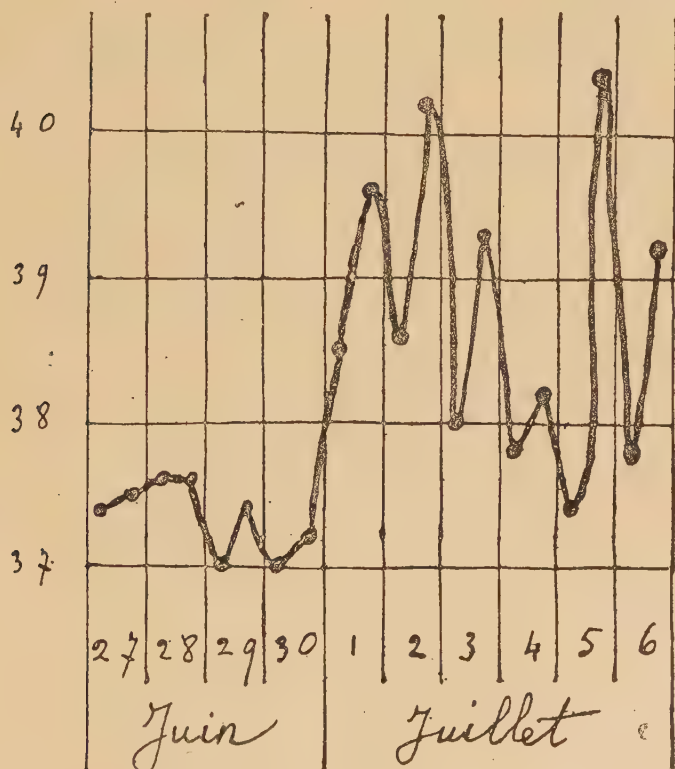
Résumé. — Elle a été opérée le 30 juin. La température est normale.

Le lendemain, ascension thermique: 38°5 et 39°6 (matin et soir).

Le 4 juillet. — Eruption discrète de scarlatine. La langue et

la gorge sont normales. La température est à $37^{\circ}8$. Il n'y a pas eu de vomissements.

Dans la journée du 5 surviennent un frisson, des coliques, des douleurs abdominales. Ascension thermique forte : le matin on a $37^{\circ}4$ et le soir $40^{\circ}4$. La petite malade offre le facies péritonéal.



Courbe de la température.

Application de glace.

Le matin 6 juillet la température est à $37^{\circ}8$ et le soir à $39^{\circ}2$. La courbe a donc de grandes oscillations. L'état de la petite malade s'aggrave, il y a des vomissements et la mort vient à 8 h. 1/2 du soir.

Autopsie. — Par l'incision abdominale agrandie on voit sourdre un liquide louche, très odorant; le cœcum est revêtu de fausses membranes.

OBSERVATION XXVII

Scarlatine avec infection pharyngée non diphtérique.
Ulcérations de la langue et de la gorge.

Enfant décédée le 16 juillet à 2 heures du soir.

N. Y..., âgée de 3 ans $1/2$.

Résumé. — Cette enfant est malade depuis le 1^{er} juillet. Elle a été admise au service de la diphtérie le 8 juillet. Angine, écoulement nasal, respiration difficile. Pas de raucité de la voix. Une culture n'a donné que des cocci.



Courbe de la température.

Le 9 juillet on remarque de la desquamation aux mains et à la face interne des genoux. Léger coryza à droite. Ulcération circonscrite à la langue. La gorge est rouge avec enduit nécrotique et tendance à l'ulcération.

Le 10 juillet les lèvres sont excoriées et sèches. Un peu d'obscurité respiratoire à la base droite. Voix claire. Pas de raideur de la nuque.

Les jours suivants, constatations analogues pour l'angine.

La température présente une courbe à modalité intéressante.

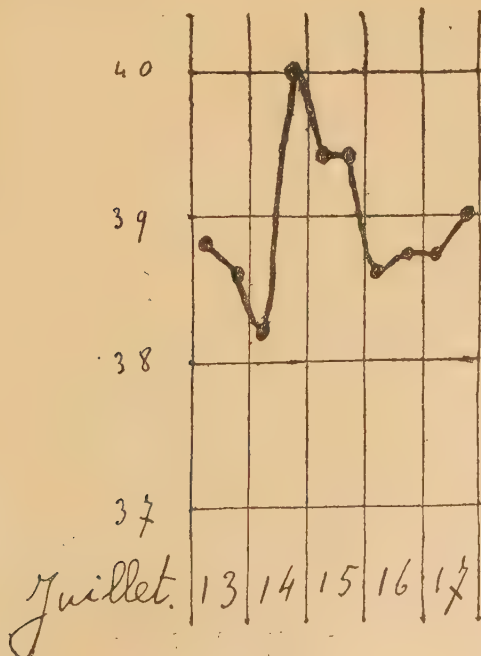
Elle meurt le 16 juillet à 2 heures du soir.

OBSERVATION XXVIII

Scarlatine post-morbilleuse. Diphtérie douteuse.

Enfant décédé le 18 juillet.

F. M..., âgé de 3 ans $1/2$.



Courbe de la température.

Résumé. — Cet enfant entre au pavillon de la scarlatine le 14 juillet venant du pavillon de la diphthérie où il était depuis six jours. Il est arrivé à la diphthérie venant de la rougeole avec une éruption en voie d'effacement. Angine, coryza et jetage.

Le 14 juillet apparaît l'éruption de scarlatine. C'est une éruption nette, généralisée. Gorge rouge, exsudat muco-purulent ; pas de diphthérie dans la culture, on a trouvé des pneumocoques et des cocci. Du 14 au 18 juillet l'enfant nous reste dans un état de dépression très marquée, la température après avoir passé par 40° reste plutôt aux alentours de 39°, les conjonctives sont injectées. L'enfant meurt le 18 juillet.

OBSERVATION XXIX

Scarlatine compliquée de néphrite aiguë avec anurie.
Néphrotomie.

Cet enfant est malade depuis le 28 juin. Il est entré au service le 28 juillet. Il est décédé le 2 août, le sixième jour après son arrivée à l'hôpital.

R. C..., âgé de 13 ans.

Antécédents. — Parents bien portants. Un autre frère a eu la scarlatine il y a six semaines. Il a été contaminé par ce dernier. L'enfant actuel est né à terme, élevé au sein jusqu'à un an, a marché à 14 mois. Il a eu la rougeole à 3 ans, pas d'autres maladies.

Etat actuel. — Il est malade depuis le 28 juin : Mal à la tête et à la gorge au début. L'éruption est apparue le 30 juin.

Depuis quinze jours environ (c'est-à-dire environ deux semaines après le début) il sort et mange toutes sortes d'aliments ; cet enfant, faisons-le remarquer de suite, a été mal soigné : au pavillon les scarlatineux en convalescence ne recommencent à manger qu'au bout de quatre à cinq semaines environ ; ils sont jusque-là au régime lacté et gardent le lit.

Le 22 juillet. — L'enfant s'est plaint de la tête et la face est devenue toute bouffie.

Le 28 juillet. — Nous le voyons au pavillon. Nous le trouvons en desquamation avancée. Il arrive avec des convulsions bientôt remplacées par un état de subcoma de plus en plus marqué. Les pupilles d'abord dilatées se resserrent sans devenir très petites. Il y a incontinence d'urine ; le peu qu'on recueille contient un peu d'albumine. Le pouls est assez bon. La température est à 38° le matin et à 39° le soir. Dans la journée il y a une crise urinaire : le petit malade urine abondamment sous lui. On lui a prescrit des ventouses scarifiées, des bains chauds, du sérum artificiel (250 grammes), des boissons abondantes, lavements.

Le 29 juillet. — Une purgation a produit un effet considérable. Dans l'après-midi il a une crise convulsive. On observe des mouvements oculaires, du strabisme passager. On prescrit les ventouses scarifiées, les bains, le sérum (300 grammes), un lavement avec 50 centigrammes de chloral. Dans la journée il y a une crise urinaire comme hier. Il n'y a pas d'œdème. Dans la nuit du 29 au 30 juillet on pratique une saignée : on retire 150 grammes d'un sang noir se coagulant immédiatement. Il commence à présenter des convulsions. Le 29 la température a été 39° et 38°6.

Le 30 juillet on a 39°3 le matin et 39° le soir. Nous trouvons

aujourd'hui le petit malade dans un état d'adynamie plus profond qu'hier, le pouls est faible, il baigne dans l'urine et les matières fécales. Le coma est toujours aussi prononcé. Le soir l'état est le même ; le pouls est plus fort, mais plus rapide ; il n'a pas uriné depuis midi ; comme il ne peut plus desserrer les dents, que la déglutition ne se fait plus, on lui donne du lait par une sonde nasale qu'on a introduite (le lait n'est pas rejeté).

Le 31 juillet, le petit malade a uriné dans son lit dans la nuit du 30 au 31. Mais ce matin 31 juillet il n'a pas uriné. Il n'a pas été à la selle depuis hier. Le pouls est assez fort, rapide. L'adynamie est moins marquée qu'hier. Les yeux sont moins vitrifiés. Il ne réagit pas. Mais il semble cependant qu'il y a un léger degré de sensibilité. On prescrit des grands lavements chauds, du calomel (3 centigrammes à prendre dans les vingt-quatre heures comme diurétique à doses fractionnées d'heure en heure). On administre du sérum tous les jours (250 grammes). Le 31 la température est à 39°2 et 39°8 (matin et soir).

Le 1^{er} août, la température sera à 38°8 et 39°2. Aujourd'hui la sensibilité est légèrement revenue. Il est subconscient. Il réagit au toucher et à la piqure. Il émet quelques cris, bredouille des mots inintelligibles quand il est sollicité. Il est moins adynamique qu'hier. Les contractures des membres ont diminué, mais le trismus persiste. Les pupilles sont plutôt en myosis. Le regard est toujours immobile. Le pouls est assez bien frappé mais rapide. Il va à la selle par lavements. Il n'a pas uriné depuis hier : on sonde et on recueille environ 150 grammes.

Le 2 août, la température sera à 39° et 40°2 (matin et soir). Même état général qu'hier. Persistance de l'anurie qui est

absolue. Une néphrotomie droite est pratiquée sous chloroformisation légère. Le rein est énorme, turgescant ; mais on y fait plutôt un puits qu'une incision ; on place un drain dans le bassinnet. L'état du petit malade ne se modifie pas et la mort arrive à 9 heures du soir.

Autopsie. — Faite le 4 août. Le rein droit est presque en putréfaction ; il est énorme. Le rein gauche est extrêmement volumineux, très congestionné, sans hémorragies parenchymateuses. Le cœur est mou et flasque (mais il faut tenir compte de la chaleur et que l'autopsie est faite au bout de 36 heures) Le foie est gras, la rate normale.

OBSERVATION XXX

Scarlatine toxique, adynamique, avec phénomènes intestinaux très accusés.

Enfant décédée au sixième jour de sa maladie, à son arrivée à l'hôpital.

P. M..., âgée de 7 ans $1\frac{1}{2}$.

Renseignements. — Parents et un autre enfant bien portants. Elle a eu la varicelle à trois mois, pas d'autres maladies. Plusieurs cas de scarlatine dans l'entourage.

Etat actuel. — Début le 16 août : frissons, vomissements, diarrhée verte très intense ; délire et agitation ; très forte angine. L'éruption est apparue le 18.

Elle est arrivée le 21 août au matin et elle est vue peu après. La langue est rouge, sèche, rôtie.

Fuliginosités dans la bouche. Odeur fétide de l'haleine. Lèvres ulcérées. Diarrhée intense. L'éruption est très intense, la desquamation est déjà commencée. Le ventre est ballonné.

On n'a pas pu recueillir les urines à cause de la diarrhée. Pas d'adénopathie. La température est à 37°8 le matin et à 37° le soir ; pas de fièvre. La mort a lieu dans la soirée.

OBSERVATION XXXI

Scarlatine maligne.

Enfant entré au pavillon le 10 août au soir, décédé le 11 au matin.

P. P..., âgé de 3 ans 1/2.

Cet enfant n'a pas été vu à la visite. Il serait souffrant depuis huit jours : le début aurait été marqué par la fièvre et des vomissements, l'éruption serait apparue deux jours après. A l'arrivée hier la température est à 39°4. L'enfant est abattu. Gorge rouge et adénopathie. Nous n'avons que des renseignements sommaires sur ce cas. Il s'agit de scarlatine maligne.

OBSERVATION XXXII

Scarlatine coïncidant avec rougeole.

Enfant entré à l'hôpital le 12 août à la rougeole, à la scarlatine le 24 ; décédé le 29 août.

D. R..., âgé de 2 ans.

Résumé. — Rien à signaler dans les antécédents. Il a eu la

diarrhée jaune il y a huit jours. Il va plus mal depuis le 11. Admis le 12 à la rougeole. D'après les renseignements l'enfant aurait sa scarlatine dès son arrivée à la rougeole.

Il entre au pavillon de la scarlatine le 24. Il est en desquamation. C'est un enfant en très mauvais état. Il pèse 9 kgr. 400 : c'est le poids d'un enfant normal de 1 an, celui-ci a 2 ans. Il a une arthrite suppurée du coude droit qu'on a incisée. Le 25, on constate une otite droite. Albumine dans les urines. La fièvre est forte. Les deux derniers jours l'hyperthermie est considérable; le 28 on a 40° et 41°; le 29 au matin (jour de la mort) on a 41°5.

OBSERVATION XXXIII

Scarlatine maligne à forme gastro-intestinale.

Enfant décédée au cinquième jour de la maladie, le quatrième jour après son arrivée à l'hôpital.

B. J..., âgée de 3 ans.

Renseignements. — Un autre enfant est décédé il y a deux jours. Il avait la scarlatine. Celui-ci a été contaminé.

Etat actuel. — Début le 15: vomissements, maux de gorge. Eruption apparue le 16. Eruption miliaire typique. L'éruption est très intense et s'étend à la face. La langue desquame. Les amygdales sont grosses. Température : 38° 2 et 39° 2 (matin et soir). Le 17, la température se maintient à 39°. Le 18, ascension : 39° 4 et 40° (matin et soir). L'éruption est encore plus intense qu'hier. L'enfant a des vomissements bilieux et de la diarrhée verte. L'état reste stationnaire toute la journée; mais dans la nuit du 18 au 19, l'enfant est en proie à une agitation

extrême. Les vomissements se répètent, liquides presque aqueux, avec selles fréquentes. Le 19 au matin, on trouve l'enfant mourant. La température monte à 40°8. La dyspnée est intense, le pouls presque imperceptible, les pupilles dilatées, les membres raides, la tête en extension forcée. On fait une piqûre de caféine et d'huile camphrée, des affusions d'eau froide vinaigrée. Elle meurt à 11 h. 1/2.

Autopsie. — Les poumons sont un peu congestionnés. Le foie présente de larges plaques superficielles jaunâtres de dégénérescence granulo-graisseuse. Le cœur est normal, dur. La rate est un peu grosse, mais dure, non diffluyente. Les reins n'ont pas de lésions.

OBSERVATION XXXIV

Scarlatine, Péritonite de cause inconnue.

Enfant décédé au dixième jour de la maladie, le septième jour après son arrivée à l'hôpital.

F. D..., âgé de 2 ans 1/2.

Renseignements. — Père bien portant, mère hospitalisée : aliénée et paralysie générale depuis la naissance de l'enfant actuel. Il y a un autre enfant en bonne santé. L'enfant actuel est né à terme, nourri au sein, a marché très tard.

Etat actuel. — Début le 26 octobre : il s'est plaint de la gorge, il tousse et a des vomissements fréquents. L'éruption est apparue le 27. Le 29 octobre, jour de son arrivée, nous constatons une éruption intense et généralisée. La langue est dépouillée. La gorge est rouge, avec exsudat à droite. Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Température, 38°4 et

39°8. L'enfant a des vomissements. Il présente des signes d'une péritonite qui s'accusent encore davantage les jours suivants.

Le 30. — Température : 38°8 et 39°6.

Le 31. — 38°4 et 39°2.

Le 1^{er} novembre. — 38°6 (matin et soir).

Le 2. — 38°2 et 39°4. On constate la desquamation.

Le 3. — 39°4 et 38°7. Nouvelle éruption.

Le 4. — 38°2 et 38°.

Les 3 et 4 novembre. — L'état de l'enfant s'est aggravé. On constate tous les symptômes d'une péritonite bien confirmée. On lui fait alors le traitement suivant : applications de compresses froides sur le ventre, diète absolue, une friction de collargol, deux bains par jour à 35°, 2 centimètres cubes d'huile camphrée (faire respirer et stimuler), 200 grammes de sérum artificiel.

Il meurt dans la nuit du 4 au 5 novembre à 1 heure du matin. A noter une selle normale avant de mourir, alors qu'il n'en avait pas eu depuis le matin du 2 novembre.

OBSERVATION XXXV

Scarlatine. Phlegmon de la fesse. Otite double.

Il est malade depuis le 21 octobre. Entré à l'hôpital le 24 octobre. Décédé le 7 novembre à 8 h. 1/2 du soir.

D. R..., âgé de 2 1/2 ans.

Résumé. — Le 21 octobre, il a eu des vomissements, mal à la gorge. Il entre au pavillon le 24 octobre. A la visite du 25 on constate l'éruption, légère. Les amygdales sont grossies avec quelques points d'exsudat. Cet enfant a des abcès. Le 26, on constate la desquamation.

Le 27 octobre. — Nous observons que l'enfant est somnolent depuis son entrée à l'hôpital. Il reste couché sur le côté, la tête renversée en arrière, les cuisses sont fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il refuse de s'alimenter et on est obligé de le nourrir avec une sonde passée par le nez.

Le 28 octobre. — On a fait une incision dans la région de l'aîne, mais il ne s'est écoulé que du sang. Toute la région fessière est rouge et tuméfiée, tuméfaction due à une lymphangite consécutive à un abcès de la fesse. L'œdème de la région lombaire n'a pas permis de faire la ponction.

Le 30 octobre. — L'état général semble meilleur. L'enfant demande à boire.

Le 4 novembre. — Nouvelles incisions dans la fesse.

Le 5 novembre. — Otite double Depuis son entrée à l'hôpital la fièvre n'a jamais cessé, la température variant entre 39° et 40°.

Le 6 novembre. — On a 400 et 4008 (matin et soir).

Le 7 novembre. — A 6 heures du matin on a encore 4008. Les abords de la plaie incisée sont sphacélés. L'enfant meurt à 8 heures du matin.

OBSERVATION XXXVI

Scarlatine avec angine à streptocoques.

Entré le 14 novembre à l'hôpital. Décédé le 18 novembre.

C... M..., âgé de 3 ans.

Résumé. — Il a été admis à la diphtérie le 14. L'éruption est apparue le 15. Il était malade depuis six jours ; on avait dia-

agnostiqué, en ville, angine grave. L'examen bactériologique fait à l'hôpital a montré qu'il s'agissait d'une angine à streptocoques. Il est amené à notre pavillon sur la constatation de l'éruption. La fièvre a toujours été à 40° depuis son entrée le 14 au soir. Le 16 au soir on a 39°7 pour revenir à 40° le 17 au matin. Le 17 au soir, 39°. Injection d'huile camphrée (deux centimètres cubes), frictions de collargol et cent grammes de sérum artificiel ; mais l'enfant meurt dans la nuit du 17 au 18 à 1 heure du matin.

OBSERVATION XXXVII

Scarlatine apyrétique.

M. G..., âgée de 6 ans.

Elle est entrée le 8 mars. Elle présente une éruption légère. Un seul jour on a 38°. Jamais ensuite la température n'a atteint ce chiffre pendant tout le séjour de l'enfant à l'hôpital du 8 mars au 12 avril. L'enfant est malade depuis le 7 mars et l'éruption est apparue le jour même.

OBSERVATION XXXVIII

Scarlatine apyrétique.

R. G..., âgé de 5 ans.

Malade depuis trois jours, mais il entre le 7 mars à l'hôpital avec une éruption accusée sur le tronc. La langue est dépourvue.

Le 9 mars on voit l'éruption un peu marquée dans les plis inguinaux. Le 10 mars on ne voit plus aucune trace de l'éruption.

tion. Le 13 mars, quatre jours après la fin de l'éruption, débute la desquamation au cou et à la partie supérieure du tronc.

Depuis son arrivée comme les jours suivants la température reste normale.

OBSERVATION XXXIX

Scarlatine apyrétique.

J. M..., âgée de 7 ans.

Elle est entrée le 9 mars en chirurgie, salle Bouvier, pour une appendicite. On a laissé la crise se calmer et le 9 avril on allait opérer la malade quand sur la table d'opération on a constaté une desquamation généralisée et datant déjà probablement de plusieurs jours. Elle reste au pavillon du 9 au 29 avril. Rien d'anormal pendant ce séjour, la température n'a jamais atteint 38°. Elle est retournée à la salle Bouvier en quittant le pavillon.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une scarlatine légère puisqu'elle a passé inaperçue à la salle Bouvier. Cette enfant allait être opérée à froid d'appendicite et il n'y a probablement pas eu la moindre fièvre pour éveiller l'attention. Nous croyons notre hypothèse d'autant plus vraisemblable qu'aux dates des 19 et 21 mars deux scarlatines nous sont venues de la salle Bouvier. On aurait donc pu penser dix-neuf jours après à constater le diagnostic de scarlatine si quelque chose d'anormal, comme de la fièvre par exemple, avait attiré l'attention sur l'enfant.

OBSERVATIONS XL et XLI

Scarlatines apyrétiques.

G. M..., âgé de 4 ans.

G. P..., âgé de 6 ans. Deux frères.

G. M..., vient dans le service en éruption (deux frères sont ici). Pas de température. Gorge normale. Il a présenté une desquamation légère furfuracée.

G. P..., a eu 38° les deux premiers jours de l'éruption. Jamais ensuite on n'a dépassé 37°4.

OBSERVATION XLII

Scarlatine apyrétique.

C. L..., âgée de 11 ans 1/2.

L'enfant a eu la rougeole et a quitté l'hôpital il y a huit jours. Le 26 mai, elle est prise de vomissements et d'épistaxis. Elle entre le 26 mai. Le matin du 27, en éruption intense, elle a 37°8 et le soir 37°. Jamais on n'a dépassé ces chiffres.

OBSERVATION XLIII

Scarlatine apyrétique.

M. R..., âgé de 3 ans 1/2.

Entré le 3 mai. Eruption de moyenne intensité. On a 38°8 un seul jour; ensuite 37°4 et 37°.

OBSERVATION XLIV

Scarlatine apyrétique.

A. H..., âgé de 5 ans.

Se plaint le 15 mai, jour de son entrée. Il a une éruption légère. La gorge est rouge sans exsudat. La température est toujours restée normale (37° et 37°4).

OBSERVATION XLV

Scarlatine apyrétique.

M. E..., âgée de 5 ans.

Entrée le 5 juin, jour où elle se plaint de mal de gorge. On constate une éruption très légère. Le 6 juin au soir on a 38°. Jamais sans cela on n'a monté au-dessus de 37°6.

OBSERVATION XLVI

Scarlatine apyrétique.

L. L..., âgé de 14 ans.

Entré le 27 mai en chirurgie, salle Giraldès, pour plaie traumatique de l'avant-bras. Il nous vient le 3 juin avec une éruption peu intense et une angine légère. La température se maintient vers 37°5.

OBSERVATION XLVII

Scarlatine apyrétique.

D. G..., âgé de 6 ans.

Entré le 25 juin. S'est plaint hier de la gorge. Nous constatons le 25 une éruption de moyenne intensité. Gorge rouge. On a 37°3. Il n'y a jamais eu de fièvre les jours suivants.

OBSERVATION XLVIII

Scarlatine apyrétique.

F. G..., âgé de 9 ans.

Entré le 3 juillet. S'est plaint de la gorge le 2. Le 3 on constate une langue framboisée, une gorge rouge, et le malade est en éruption. La température n'a jamais été à 38°.

OBSERVATION XLIX

Scarlatine apyrétique.

B. H..., âgé de 7 ans 1/2.

Les signes d'invasion et d'éruption apparaissent le 17 juillet, on a 38°. Le lendemain 18, on a 37° : on trouve une éruption discrète et généralisée, une gorge un peu rouge sans exsudat, une langue dépouillée.

OBSERVATION L

Scarlatine apyrétique.

L. H..., âgé de 11 ans 1/2.

Malade le 19 juillet. Il arrive le 20. On a 38°. Scarlatine légère. La température reste normale tous les jours suivants jusqu'au 27 août où il s'en va.

OBSERVATION LI

Scarlatine apyrétique.

R. R..., âgé de 5 ans.

Il se plaint depuis le 18 juillet. Nous le voyons le 20 en éruption généralisée assez marquée. On a 37°8. Par la suite la température s'est toujours tenue en dessous de ce chiffre.

OBSERVATION LII

Scarlatine apyrétique.

C. S..., âgée de 3 ans 1/2.

Malade le 27 août. Elle est entrée le 28 août, jour où apparaît son éruption légère, gorge un peu rouge. La température est à 37° le 28 et les jours suivants.

OBSERVATION LIII

Scarlatine apyrétique.

L. Y..., âgée de 20 mois.

L'enfant est malade depuis hier. Elle entre aujourd'hui 14 septembre en éruption légère et sans température. Elle reste normale les jours suivants.

OBSERVATION LIV

Scarlatine apyrétique.

N. O..., âgée de 4 ans.

Elle est malade depuis le 6 novembre. Elle entre le 7 en éruption bien manifeste. On a 37°2. La température n'a jamais atteint 38°:

OBSERVATION LV

Scarlatine apyrétique.

L. P..., âgée de 9 ans.

Souffrante depuis le 7 novembre: Eruption légère du 8 au 11. Pas de température.

OBSERVATION LVI

Scarlatine apyrétique.

C. S..., âgée de 10 ans.

Début le 12 novembre. Eruption le même jour. On a 38°. Jamais de température les jours suivants.

OBSERVATION LVII

Scarlatine apyrétique.

L. L..., âgé de 5 ans.

Cas analogue au précédent.

OBSERVATION LVIII

Un cas de scarlatine avec apyrexie. La fièvre des premiers jours n'est pas due à la scarlatine.

B. M..., âgé de 13 ans.

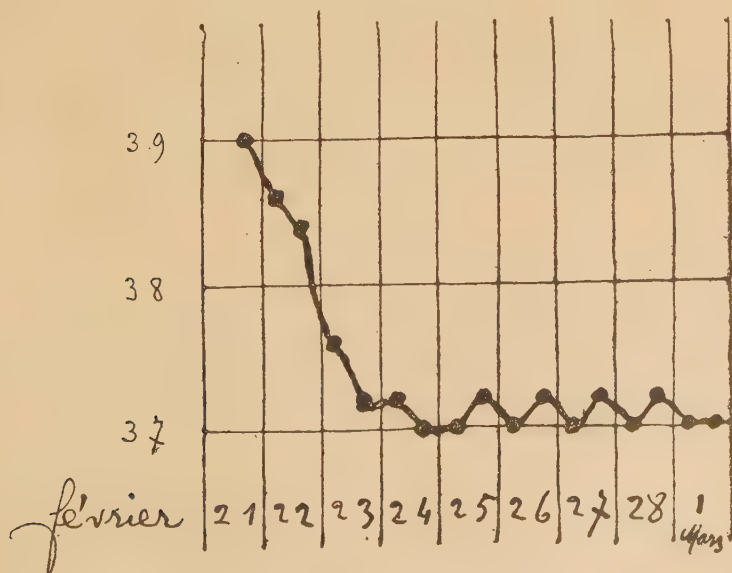
Le nommé B. M..., âgé de 13 ans, est entré à notre pavillon de la scarlatine venant de ville le 21 février. La maladie a débuté hier 20 février (céphalée, mal à la gorge). Aujourd'hui 21 février est apparue l'éruption. Le malade présente comme complication un phlegmon péri-amygdalien à droite qui s'est ouvert spontanément le 22 février au matin.

A noter en passant que c'est là une complication rare dans la scarlatine. Le 21 février la température est à 39°. Le 22 elle est à 38°6 et 38°4 (matin et soir).

Le 23 février. — La langue est blanchâtre et commence à se dépouiller, les amygdales un peu grosses présentent un point d'exsudat à gauche (la culture a donné des cocci). On constate une éruption intense et uniforme. Le 23 février la température est à 37°6 et 37°2 (matin et soir).

Le 24 février. — Comme la veille le malade est en pleine éruption ; la température est à 37°2 et jamais les jours suivants il n'aura plus de fièvre jusqu'à son départ qui a lieu le 9 avril.

L'éruption est terminée le 27. La desquamation est nette le 12. Rien de particulier n'est survenu par la suite. Ainsi l'éruption a duré du 21 au 27 février (six jours) ; elle a été surtout intense et uniforme les 23, 24 et 25 février et ces jours-là il y a apyrexie. La fièvre a lieu les 21 et 22 ; le phlegmon péri-amygdalien s'est ouvert spontanément le 22 février et dès lors la température redevient normale bien que l'éruption soit en pleine activité. C'est donc bien le phlegmon péri-amygdalien qui a causé la fièvre, celle-ci n'est pas liée à la scarlatine puisque, le malade en pleine éruption, la température est normale. Nous sommes là en présence d'un cas de scarlatine apyrétique. Il y avait lieu de le discerner et nous avons songé à le signaler pour montrer que parfois on est exposé à se méprendre : il s'agit dans des cas analogues d'y songer pour éviter toute confusion et se rendre compte de la cause réelle de la fièvre.



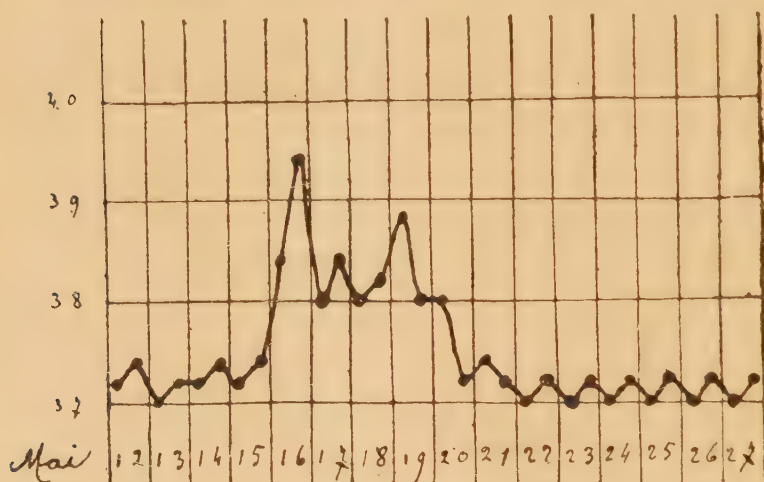
Courbe de la température.

OBSERVATION LIX

Un cas de scarlatine normale sans complications (à titre d'exemple pris parmi nos observations surtout pour montrer la marche de la température).

O. M..., âgée de 12 ans $1/2$.

Elle est entrée en chirurgie pour tumeur blanche le 3 avril.



Courbe de la température.

Elle est contaminée de scarlatine à la salle Bouvier : deux cas nous sont venus en mars de ce service et un autre à la date du 9 avril ; elle vient le 16 mai au pavillon de la scarlatine après quarante-trois jours d'hospitalisation à la salle Bouvier. L'éruption est apparue le 16 mai, jour où l'enfant a commencé à se plaindre, souffrant de la gorge, il a vomi. Ce jour la température s'est élevée depuis la normale jusqu'à 39°4. Les jours suivants il y a encore de la fièvre qui baisse en même temps que l'éruption diminué. Le 21 mai la température est normale et y

restera toujours les jours suivants comme elle l'était avant le 16 mai. C'est une scarlatine qui évolue normalement sans complications. L'enfant est sortie du pavillon le 27 juin. L'exemple nous a paru choisi pour représenter la marche de la température dans ces formes ordinaires et nous en reproduisons ici la courbe.

OBSERVATION LX

Scarlatine. Deux angines :

- 1° Angine à forme précoce (cocci) survenue tardivement ;
- 2° Angine diphtérique.

B. D..., âgée de 9 ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère : angine en ce moment.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois. Marche à 15 mois. Rougeole à 8 ans. Bronchite tous les hivers.

Etat actuel. — Début le 24 mars : céphalée, mal de gorge, vomissements.

Le 26 mars paraît l'éruption.

Le 8 avril. — Vue à la visite. Elle est entrée depuis hier : langue saburrale, gorge normale. Eruption terminée. Desquamation sur tout le corps. Etat général bon. On a 37°8.

Le 10 avril. — Grosses amygdales rouges avec traces d'exsudat disséminées. Culture : Cocci. Température : 40° hier soir et 37°8 ce matin.

Le 11 avril. — Gorge : rougeur diminuée, exsudat disparu. On a 37°.

Le 22 avril. — Exsudat pseudo-membraneux sur l'amyg-

dale gauche. Culture : Bacilles moyens. Sérum : 20 centimètres cubes.

Le 23 avril. — Exsudat complètement disparu. On a 37°. Recommence à manger.

Le 27 avril. — Langue normale. Sortie le 17 mai.

OBSERVATION LXI

Scarlatine. Desquamation profonde. Laryngite.

V. L..., âgé de 14 ans.

Antécédents. — Parents bien portants. Né à terme, nourri au sein jusqu'à dix-huit mois. A marché de bonne heure. Rougeole et broncho-pneumonie étant tout jeune.

Etat actuel. — Début le 17 janvier : vomissements, mal de gorge, éruption le 18.

Le 23 janvier. — Vu à la visite (entré hier). Langue rouge et dépouillée. Gorge rouge et amygdales tuméfiées. Il est en pleine éruption et il y a de la desquamation à la face, au tronc, aux membres inférieurs. Complications : conjonctivite ecchymotique droite, herpès au pourtour des narines, voix manifestement enrouée (laryngite). Albumine. Hier la température était à 40°; aujourd'hui on a 39°.

Le 24 janvier. — Plus d'éruption. La desquamation est abondante, intense et profonde au point qu'elle enlève un peu du corps muqueux du derme et donne à la peau un aspect sanguinolent par places. Vers 39°.

Le 26 janvier. — Œdème palpébral et conjonctival. Stomatite aphteuse. L'œdème est dû à une vésicule d'herpès siégeant au niveau de la conjonctive.

Le 27 janvier. — Otite gauche.

Le 28 janvier. — Amélioration de l'état général. La laryngite est diminuée. Température vers 38°.

Le 29 janvier. — L'œdème palpébral est disparu. La température est à 38°. Par la suite elle est abaissée, oscille entre 37° et 38°. Sorti le 25 février.

OBSERVATION LXII

Scarlatine. Diphtérie précoce. Diphtérie prématurée.

E. J..., âgée de 7 ans 1/2.

Rien de particulier dans les antécédents. Elle est entrée le 21 avril.

Etat actuel. — Malade le 20 avril : mal à la tête, à la gorge et au ventre. Le 21 paraît l'éruption. Elle entre à l'hôpital. On a 38°6.

Le 22 avril. — Langue saburrale et dépouillée sur les bords. Gorge rouge, exsudat sur l'amygdale gauche (culture : Bacilles moyens). Eruption de moyenne intensité sur tout le corps. On a 39°8.

Le 23 avril. — Langue à moitié dépouillée. Gorge : presque plus d'exsudat. Sérum : 20 cc. On a 38°.

Le 24 avril. — Langue framboisée. La desquamation commence au cou. On a 37°8.

Le 27 avril. — Langue saburrale. Desquamation sur tout le corps.

Le 29 avril. — Langue normale. Pas de température.

Le 6 mai. — Urticaire sur le ventre. Elle est sortie le 4 juin.

OBSERVATION LXIII

Scarlatine. Diphtérie précoce. Diphtérie prématurée.

F... S..., âgée de 9 ans 1/2.

Rien de particulier dans les antécédents. Elle est entrée le 12 janvier.

Etat actuel. — Le 9 janvier. — L'enfant s'est plaint de la gorge et de la tête. Elle refuse de s'alimenter.

Le 12 janvier. — L'éruption apparaît. Entrée au pavillon.

Le 13 janvier. — Langue dépouillée, saburrale. Fausses membranes sur la face interne de l'amygdale gauche (Culture : Bacilles moyens). Erythème rosé avec pointillé plus marqué aux membres et à la face. Température : 38°6 et 39°4 (matin et soir).

Le 14 janvier. — Langue dépouillée. Aucune extension des produits pseudo-membraneux. Sérum : 20 cc. L'éruption s'atténue. La desquamation commence à la face et au cuir chevelu. On a 38°.

Le 15 janvier. — La gorge s'améliore. La température ne s'éloigne plus sensiblement de la normale.

Le 16 janvier. — Langue entièrement dépouillée. Exsudat de la gorge diminué. La desquamation commence sur le thorax. Chapelet de ganglions le long du sterno-mastoïdien des deux côtés.

Le 17 janvier. — Plus d'exsudat dans la gorge. Desquamation sur les paupières. Adénite diminuée.

Le 19 janvier. — Langue humide et vernissée. Desquamation sur tout le corps.

Le 21 janvier. — Langue et gorge normales. Plus d'adénite. Température normale. Sortie le 22 février.

OBSERVATION LXIV

Scarlatine. Diphtérie précoce. Diphtérie prématurée.

F... S..., âgée de 5 ans.

Entrée le 25 avril. Elle vient des teigneux où on a constaté une éruption de scarlatine.

Le 21 avril. — Langue à demi dépouillée. La gorge présente un exsudat pointillé sur l'amygdale droite (Culture : cocci et bacilles courts). Eruption de moyenne intensité sur tout le corps. Diarrhée et bronchite légère. Pas d'albumine. Température à 38°.

Le 22 avril. — Langue framboisée. Gorge, exsudat disparu. Plus d'éruption. Plus de diarrhée. Sérum : 5 cc.

Le 24 avril. — Desquamation au cou. Traces d'albumine.

Le 25 avril. — Desquame sur tout le corps. Traces d'albumine.

Le 27 avril. — Langue normale. Traces d'albumine.

Le 2 mai. — Plus d'albumine.

Le 5 mai. — Eruption d'urticaire disparue le lendemain. La température est normale depuis plusieurs jours, elle n'est jamais montée au-dessus de 38° environ dans le service. Elle reste normale jusqu'au départ le 24 mai.

OBSERVATION LXV

Scarlatine consécutive à la diphtérie. Diphtérie prématurée.
Rhumatisme scarlatin et efficacité de l'aspirine. Glossite
ulcéreuse. Lymphangite palpébrale.

L. G..., âgée de 8 ans.

Entrée le 13 mars à la scarlatine. Etait à la diphtérie depuis
le 28 février.

Antécédents. — Nuls.

Etat actuel. — Entrée le 28 février à la diphtérie. Etait
malade depuis trois jours. Se plaignait de la gorge et toussait.

A la diphtérie on constate une adénopathie marquée, un
exsudat pseudo-membraneux très abondant sur les deux amy-
gdales (Culture : Bacilles longs).

Les 28 février, 1 et 2 mars. — On injecte en tout 60 cc.
de sérum. Température vers 38°.

2 mars. — Pouls faible et lent. Prostration. Caféine.

3 mars. — Même état qu'hier. La gorge se nettoie un peu.

4 mars. — Gorge presque propre. Pouls meilleur. Tem-
pérature normale.

5 mars. — Brusque ascension de la température à 39°4.
Eruption de scarlatine.

8 mars. — Eruption encore accusée. Langue dépouillée.

10 mars. — Début de la desquamation. On a 38° depuis
deux jours.

12 mars. — Douleurs articulaires dans les deux genoux.
La température monte à 39°6.

13 mars. — Douleurs articulaires généralisées. On passe à la scarlatine. On a comme hier : 400.

14 mars. — Vue au service de la scarlatine. La langue est rouge, sèche et fissurée. Gorge rouge, exsudat et muco-pus abondant. Desquamation sur tout le corps. Arthralgie généralisée et très douloureuse. Albumine dans les urines. Etat général mauvais. Température : 39°8. Injection de spartéine.

16 mars. — Langue plus humide. Même état de la gorge, haleine fétide (Culture : Bacilles courts et cocci). L'arthralgie est moins douloureuse mais toujours généralisée. Léger épanchement dans l'articulation du genou. Pouls assez bien frappé et rapide. Albumine : 0 gr. 50 centigrammes. Température : 39°9. Spartéine les 15 et 16.

17 mars. — L'arthralgie a augmenté depuis hier. Les coudes, les genoux, les orteils, la nuque sont très douloureux et l'enfant se plaint au moindre mouvement. Le pouls est à 130, assez bien frappé. L'enfant tousse et à l'auscultation on note quelques râles sous-crépitanants à la partie moyenne du poumon gauche. La peau a une tendance à s'écorcher au niveau des grands trochanters. L'enfant a une soif continuelle. Température : 40°. Albumine : 0 gr. 50 centigrammes. Salicylate de soude : 2 grammes.

18 mars. — Même état. Pouls : 144. La malade a eu cette nuit du délire avec agitation. Température : 39°4. Aspirine : 0 gr. 25 c.

19 mars. — Légère amélioration. Pouls : 124. La nuit a été plus calme. Température : 39°6. On a donné hier de l'aspirine. Aspirine : 0 gr. 50 c.

20 mars. — L'amélioration s'est encore accentuée. Les douleurs articulaires se sont assez atténuées pour que l'enfant

puisse s'asseoir elle-même sur son lit. La nuit a été très bonne. La langue est plus humide. La bronchite n'a pas progressé. Température : 39,4. Aspirine : 0 gr. 50 c.

21 mars. — La nuit a été très bonne. Ce matin la température est brusquement tombée à 38°. Les douleurs articulaires sont moins vives sauf aux deux genoux où le moindre contact provoque des cris ; les genoux sont également le siège d'un épanchement abondant : choc rotulien, distension des culs-de-sac. Albumine : 0 gr. 50 centigrammes. Pouls : 140. Le pouls est régulier. Desquamation : larges lamelles sur tout le corps. Température : 38°. Aspirine : 0 gr. 50 centigrammes.

23 mars. — La langue est plus humide. La gorge à peu près normale, les articulations sont moins douloureuses, l'épanchement synovial des genoux a diminué. Le cou de pied, des deux côtés, est un peu enflé. Température : 38°4 (matin). Pouls rapide à 136, assez bien frappé ; il n'y a plus que des traces d'albumine. On donne toujours de l'aspirine : 0 gr. 50 c.

24 mars. — Même état. Sur le bord droit de la langue, près de la pointe, petite ulcération du diamètre d'une pièce de cinquante centimes saignant au moindre contact et dont M. Richardière fait une glossite ulcéreuse. La température est vers 38°. Aspirine : 0 gr. 50 centigrammes.

25 mars. — Légère amélioration. Douleurs articulaires moins vives. Langue : comme hier. Température : 38°. Aspirine : 0 gr. 50 centigrammes.

26 mars. — On a 37°2 et 38°. Aspirine : 0 gr. 25 centigrammes.

27 mars. — Amélioration réelle. Pouls : 128. Température : 37° ce matin. Articulations presque plus douloureuses. On ne donne plus d'aspirine.

28 mars. — Même état. Pouls: 120. Température : 38°6. Le cou de pied (droit et gauche) et les genoux sont encore douloureux, mais l'épanchement articulaire a disparu. La glossite ulcéreuse est complètement guérie. Plus d'albumine.

30 mars. — Amélioration. Température : 38° ce matin. Petits abcès multiples du cuir chevelu.

2 avril. — L'amélioration continue. L'enfant est dans un état de maigreur extrême. Elle mange depuis quatre à cinq jours : œufs, potages, viande crue.

4 avril. — Température : 37°0. Traces insignifiantes d'albumine. La face paraît un peu bouffie.

6 avril. — Température : 39°4. La figure est rouge et bouffie. Albumine non dosable. Léger choc rotulien à gauche.

7 avril. — Température : 37°8. Il y a du côté gauche un œdème considérable des paupières empêchant presque l'ouverture de l'œil. Au-dessus des paupières on note une teinte érysipélateuse qui est également très marquée au-dessous sur la presque totalité de la joue gauche. Une ligne de démarcation bien nette sépare cette rougeur des téguments sains.

8 avril. — Sous l'action de compresses humides appliquées depuis hier sur l'œil boursoufflé, l'œdème et la rougeur palpébrale ont presque totalement disparu ce matin. C'était sans doute une lymphangite causée par un petit abcès du lobule du nez existant depuis trois ou quatre jours.

11 avril. — L'amélioration continue.

13 avril. — La convalescence paraît bien établie. L'enfant s'alimente depuis quelques jours et semble engraisser assez rapidement. Les douleurs articulaires ont totalement disparu. Il ne reste plus qu'un ou deux abcès du cuir chevelu.

17 avril. — Très bon état.

23 avril. — Engraissement rapide qui continue les jours suivants.

30 avril. — Rendue à sa famille.

OBSERVATION LXVI

Scarlatine consécutive à la diphtérie. Diphtérie prématurée.

O. Y..., âgée de 8 ans.

Entrée à la diphtérie le 5 mars. Passage à la scarlatine le 13 mars.

Antécédents : rien.

Etat actuel. — Entre à la diphtérie le 5 mars. Depuis cinq jours elle se plaignait de la gorge, avait de la fièvre et de l'insomnie, refusait de s'alimenter. Au service de la diphtérie, à son arrivée, on constate un exsudat pseudo-membraneux sur les deux amygdales et la luette. Il y a également un érythème de scarlatine généralisé, la langue est à moitié dépouillée (culture : bacilles moyens). Sérum : 20 centimètres cubes.

Le 9 mars. — L'enduit amygdalien a presque totalement disparu, desquamation furfuracée.

Le 12 mars. — Langue complètement dépouillée. Gorge détériorée. On passe à la scarlatine.

Le 13 mars. — Vue à la scarlatine. Langue sèche et un peu saburrale. Gorge rouge sans exsudat. Desquamation sur tout le corps. On a 39° le soir.

Le 14 mars. — L'état général est bon. On a 37°.

Le 17 mars. — Gorge normale.

Le 21 mars. — Langue normale.

Le 27 mars. — Elle recommence à manger, sortie le 12 avril.

OBSERVATION LXVII

Scarlatine consécutive à la diphtérie. Diphtérie prématurée.

P. M..., âgée de 10 ans.

Entrée à la diphtérie le 27 février. Passée à la scarlatine le 13 mars.

Rien de particulier sur les antécédents.

Etat actuel. — Entrée le 27 février à la diphtérie. Depuis trois jours elle se plaignait de la gorge, nuits agitées. A son entrée à la diphtérie on constate un exsudat pseudo-membraneux sur l'amygdale droite et empiétant sur le voile (culture : bacilles moyens).

Le 5 mars. — La température qui était presque à la normale monte brusquement à 41°.

Le 7 mars. — Eruption de scarlatine.

Le 8 mars. — La température est revenue vers la normale.

Le 13 mars. — Passage à la scarlatine.

Le 14 mars. — Vue à la visite au pavillon Trousseau. Langue normale. Gorge à peine rouge. Desquamation sur tout le corps. Diarrhée jaune intense.

Le 16 mars. — Diarrhée guérie.

Le 30 mars. — Recommence à manger.

Sortie le 12 avril.

OBSERVATION LXVIII

Scarlatine. Angine à streptocoques. Otite double.

Mastoïdite. Trépanation.

L. C..., âgée de 2 ans 1/2.

Entrée le 10 février.

Rien de particulier sur les antécédents.

État actuel. — Le 9 février l'enfant a été ramenée de la crèche qu'elle fréquentait, avec son éruption. On ignore s'il y a d'autres scarlatines dans cette crèche.

Le 11 février. — Langue dépouillée et humide. Gorge rouge sans exsudat, muco-pus. Eruption de moyenne intensité sur tout le corps. Eruption miliaire généralisée, encore accusée le 13 où on constate un début de desquamation sur la face.

Le 15 février. — Angine (culture : cocci). Otite droite constatée hier. Desquamation sur tout le corps.

Le 17 février. — Le muco-pus est abondant dans la gorge. Culture : streptocoques. L'otite droite coule abondamment.

Le 23 février. — L'exsudat de la gorge qui diminuait depuis quelques jours est disparu ; depuis hier : otite gauche. L'otite double coule abondamment. Diarrhée jaune. Vomissements. On ordonne des bains à 38° toutes les trois heures, des frictions au collargol.

Le 24 février. — Les vomissements ont diminué. Diarrhée verte. La température qui depuis que l'enfant est au service a toujours oscillé entre 39° et 40°, se tenant plus près de 40°, monte à 41° ce soir.

Le 25 février. — On continue les bains comme hier. On

a 410. L'enfant est plus affaissée. La mastoïde droite est très douloureuse. A six heures du soir on se décide à trépaner la mastoïde ; elle contient du pus.

Le 26 février. — La température, hier à 410, est aujourd'hui à 400. Selles normales. Somnolence.

Le 27 février. — On a 3908. On remplace les bains par des enveloppements à 320.

Le 1^{er} mars. — On a un état général plus satisfaisant. La joue droite était enflée hier, chose disparue aujourd'hui. On a 380.

Le 2 mars et jours suivants l'état général continue à s'améliorer. Il est très bon le 8 mars. Cependant la température se maintient vers 380. Depuis le jour de l'opération les pansements sont faits quotidiennement : ils sont imprégnés d'un pus fétide et abondant.

Le 9 mars. — L'état est excellent. La température descend au-dessous de 380. La desquamation est terminée depuis quatre ou cinq jours, la gorge est normale, l'oreille droite ne suppure pas beaucoup.

L'amélioration continue les jours suivants, la température va rester maintenant presque normale, l'état général est excellent. Les pansements ont été continués.

Le 20 mars. — On passe l'enfant en chirurgie. Il ne reste plus qu'à cicatriser sa plaie mastoïdienne.

OBSERVATION LXIX

Scarlatine. Urticaire et adénite généralisée consécutives à la
sérumthérapie. Tuberculose.

B. E..., âgé de 12 ans.

Il est entré le 18 avril.

Antécédents. — Père décédé il y a trois ans, phthisique. Cet enfant est né à terme nourri au sein. Bronchite et pleurésie à deux ans. Diphtérie à cinq ans. Il est sujet aux épistaxis.

Etat actuel. — Le 17 mars, l'enfant s'est plaint de la gorge. L'éruption est apparue le lendemain 18 et l'enfant arrive au pavillon. Angine simple, langue saburrale. L'éruption dure trois jours. Elle est terminée le 21 et le 23 on constate un début de desquamation légère au cou. Le 25 la desquamation est bien nette sur le tronc. La température est restée au-dessous de 38° depuis l'arrivée de l'enfant.

Complications. — 1° *Urticaire.* — Le 30 avril il y a une éruption d'urticaire généralisée et très confluyente sur le tronc et aux membres inférieurs. Le 1^{er} mai, cette éruption est disparue. Sept jours avant l'apparition de l'urticaire, le 23 avril, on avait fait une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Cette éruption d'urticaire a coexisté avec une ascension thermique qui a duré trois jours : du 28 au 30 avril inclusivement, la température s'est tenue près de 39° ; le lendemain 1^{er} mai elle est revenue à la normale 37°.

2° *Adénite* brusque et généralisée survenue le 29 avril et constatée partout où il y a des ganglions :

1° Sous la mâchoire inférieure ;

2^o Sous les aisselles ;

3^o Au pli de l'aîne ;

4^o A l'épitrochlée ;

5^o Adénopathie trachéo-bronchique traduite à l'auscultation.

Cette adénite généralisée coexiste avec l'éruption d'urticaire et les modifications de la température que nous avons signalées plus haut.

Le 3^o avril, il semble que les ganglions sont plutôt un peu diminués par rapport à hier. L'adénite est complètement résorbée le 2 mai alors qu'il n'y a plus d'urticaire et que la température est redevenue normale.

3^o *Tuberculose*. — A l'auscultation des poumons, les sommets paraissent suspects, il y a des râles sous-crépitaux au sommet droit ; nous avons dit que le père est mort phtisique.

Remarque. — L'adénite n'est pas de nature tuberculeuse puisqu'elle est résorbée, mais elle est due au sérum comme l'éruption d'urticaire.

Terminaison. — A partir du 2 mai, l'urticaire et l'adénite disparues, la scarlatine évolue normalement sans autres complications. Plus de fièvre notable, le thermomètre ne dépasse plus 38°. L'enfant sort le 28 mai guéri de la scarlatine.

OBSERVATION LXX

Scarlatine. Tuberculose.

P. G..., âgé de 10 ans.

Nous n'avons pas de renseignements sur les antécédents.

Cet enfant est en état de phtisie confirmée : il a maigri sensiblement en l'espace d'un mois, il expectore quelques crachats contenant des filets de sang, ses forces ont diminué, à

l'auscultation on trouve la respiration rude à gauche et en arrière. Il est soigné salle Guersant.

Le 20 juin il y a une ascension brusque de la température : 37° le matin et 40° le soir. L'éruption de scarlatine apparaît le 22. La température revient près de la normale le 23.

On constate de l'œdème des bourses et un peu d'albumine dans les urines, complications qui s'amendent assez rapidement.

Dès le 6 juillet il n'y aura plus de fièvre.

La scarlatine évolue normalement.

L'enfant passe à la salle Blache le 12 août.

OBSERVATION LXXI

Scarlatine avec broncho-pneumonie et rougeole.

B. G..., âgé de 21 mois.

Entré à la scarlatine le 19 mai.

Antécédents. — Père mort bacillaire à 39 ans. Cet enfant a eu une forte bronchite il y a deux mois.

Etat actuel. — Début le 18 mai. L'éruption apparaît le même jour. Entré au service le lendemain 19 mai. La maladie évolue normalement jusqu'au 18 juin. Le 19 juin la température monte brusquement de 37° à 39° ; le 20 juin on a 38,5 et 40° (matin et soir) ; les 21 et 22 la température est vers 38°. Ces modifications de la température coïncident avec l'apparition de signes pulmonaires : submatité à la base gauche, quelques râles de bronchite disséminés, foyers de râles fins sous-crépitaux à la base gauche et sous l'aisselle gauche. Les jours suivants on constate une complication de rougeole nettement déclarée. L'enfant est sorti le 6 juillet.

OBSERVATION LXXII

Scarlatine. Rhumatisme scarlatin. Broncho-pneumonie.
Rougeole.

W. B..., âgée de 7 ans.

Elle est entrée au service le 2 août. Langue blanche. Angine ordinaire. Elle est en pleine éruption. L'enfant a une forte fièvre : 40° ; du délire. La desquamation commence le 6 août. Du 8 au 10 : température vers 39°, diarrhée abondante. Du 10 au 13 : amélioration de l'état général, la température est revenue voisine de la normale, le 13 elle est à 38°. Le 14 août, brusque ascension thermique à 40° ; le lendemain on a 39° et 40° (matin et soir), les jours suivants jusqu'au 23 août, la température se tient surtout entre 38° et 39°. Avec la modification thermique du 14 août on a constaté des arthralgies qu'on traite par l'aspirine du 14 au 22 août. Le 23 août, les manifestations articulaires sont calmées, la température reste voisine de la normale jusqu'au 27 août. Le 28 août, on a 37°4 et 40° (matin et soir). Les jours suivants on a une température à oscillations avec rémission matutinale (37° environ le matin et près de 39° le soir). Une éruption intermittente apparaît et disparaît. La prostration est générale. Il y a des vomissements. C'est une éruption probablement de nature infectieuse. Le 2 septembre, l'enfant tousse et on trouve un foyer de broncho-pneumonie à la base droite. Le 4 septembre, on constate une éruption de rougeole avec la bronchopneumonie. La fièvre est intense (près de 40°), l'état général est très grave, il y a de la dyspnée, râles sous-crépitants à droite, prostration. Il sort sur la demande de la mère le 6 septembre, la mort semble présumable.

OBSERVATION LXXIII

Scarlatine avec broncho-pneumonie.

P. H..., âgé de 1 an 1/2.

Il est entré à l'hôpital le 25 novembre en dyspnée, avec fièvre élevée, en pleine évolution de broncho-pneumonie justifiée par l'auscultation pulmonaire. L'éruption de scarlatine est apparue le 1^{er} décembre. L'état général est grave. La mère emmène l'enfant le 10 décembre, il est mourant.

OBSERVATION LXXIV

Scarlatine. Broncho-pneumonie. Complication cardiaque. Urticaire.

A. H..., âgé de 4 ans.

Admis par erreur le 11 juin à la salle Damaschino, il est entré au service le lendemain 12 juin. Il desquame. La température est à 38° environ. Du 15 au 18, elle se maintient vers 39° : il y a eu une éruption d'urticaire le 16, atténuée le 17 et disparue le 18. L'enfant n'a pas été injecté préventivement par le sérum antidiphthérique à l'hôpital ; il est peu probable que, en l'absence de motifs apparents ayant pu justifier cette mesure, le médecin traitant à domicile ait pris cette précaution ; nous devons néanmoins mentionner cette réserve. Le 18 juin la

température est revenue à 38° le matin, le soir à 40°.

A partir de ce moment jusqu'au 23 juin on a une courbe thermique à grandes oscillations avec rémissions matutinales vers 38° et exacerbations vespérales entre 40° et 41° (la plus forte montée a eu lieu le soir du 21 juin où le thermomètre a marqué 41°4).

Les 23 et 24 juin la température se tient entre 38° et 39°.

Le 25 juin il y a une défervescence brusque ; de 39° hier soir on est descendu ce matin à 37°2. A partir de ce moment la température restera normale jusqu'au jour du départ, le 6 juillet.

La température que nous venons de décrire du 18 au 25 juin coexiste avec des complications.

Le 17 juin on note que l'enfant est très abattu, frissonne, l'état général est mauvais. Les jours suivants il est en dyspnée, le pouls est à 100 environ. L'auscultation des poumons révèle des râles sous-crépitaux dans l'aisselle. Il y a de l'albumine dans les urines.

Le 21 mai on constate comme précédemment le foyer de râles sous-crépitaux, mais il est descendu plus bas. Il y a de la cyanose de la face et des mains. L'enfant est soumis à un tremblement continu. Du côté du cœur on trouve un frémissement cataire et un souffle systolique à la pointe. La broncho-pneumonie est soignée par les enveloppements hydriques renouvelés toutes les trois heures. La broncho-pneumonie s'améliore, l'enfant va mieux. Le 25 juin la température est redevenue normale. L'enfant quitte l'hôpital le 6 juillet.

OBSERVATION LXXV

Scarlatine avec phlegmon de l'orbite. Guérison.

S. H..., âgé de 5 ans 1/2.

Le nommé S. H..., âgé de 5 ans 1/2, a été admis à l'hôpital des Enfants-Malades dans le pavillon de la scarlatine (service de M. le Dr Richardière) le 30 janvier 1903.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Sa sœur a quitté le pavillon de la scarlatine il y a huit jours (scarlatine compliquée de varicelle).

Antécédents personnels. — Varicelle à un an. Rougeole à 2 ans 1/2.

Etat actuel. — *Début.* Le 29 janvier à son réveil l'enfant s'est plaint d'avoir mal à la gorge, il a vomi, il a été fiévreux toute la journée ; la nuit suivante (du 29 au 30) a été agitée, l'enfant a eu des cauchemars et même du délire.

Le 30 janvier à son entrée au matin la température est 39°2 ; à ce moment l'éruption est apparue. L'invasion a été ici de un jour.

Eruption. — Apparue le 30 janvier, jour de l'entrée de l'enfant à l'hôpital. C'est une éruption légère, généralisée. Rien de spécial à signaler. Le 1^{er} février on ne la voit plus, sa durée a été de trois jours.

Gorge. — Le 30 janvier, grosses amygdales, rouges, sans exsudat. Même constatation les jours qui suivent. La température oscille entre 39°8 et 40°3.

Le 2 février. — L'enfant présente un peu d'exsudat amygdalien.

L'examen d'un tube de sérum ensemencé n'a donné que des cocci. Le 2 février la température baisse un peu (elle est à 38°).

Le 3 février, on note la disparition à peu près complète de l'exsudat, le 4 l'état est le même et les jours suivants il n'y a plus rien du côté de la gorge.

Du 2 au 11 février, la température oscille entre 38° et 37°, puis elle ne remontera plus avant le 28 février.

Desquamation. — On note le début de la desquamation le 3 février par le cou. C'est une desquamation normale qui ne présente aucun point particulier à signaler. Elle se termine par les mains et les pieds. Le 12 mars, on note la desquamation comme terminée (38 jours).

Complications. — 1° *Urines.* — L'enfant a eu une albuminurie légère (0 gr. 50 c. au tube d'Esbach le 27 février). L'examen des urines répété montre que cette albuminurie légère a persisté jusqu'au 14 mars, jour où pour la dernière fois nous trouvons des traces d'albumine (un léger nuage).

2° *Otite droite.* — Cette otite a duré du 16 au 28 février.

3° *Oeil.* — Le 27 février, nous constatons de l'œdème palpébral de l'œil gauche.

Le 28 février. — L'œdème palpébral de l'œil gauche, déjà constaté la veille, est très accusé. La température remonte de 37°2 à 38°8.

Le 2 mars. — On constate que l'œdème palpébral de l'œil gauche persiste et est très accusé. Il s'étend à la joue. La paupière supérieure a une teinte cyanosée. On observe une exophtalmie appréciable et, à la palpation du globe, on trouve qu'il y a de l'hypertension. La conjonctive est injectée et sur le bord droit de la cornée il y a du chémosis.

Du 28 février au 4 mars inclus la température est aux environs de 38o.

Le 3 mars. — La propulsion de l'œil en avant est encore accentuée. Son immobilité est absolue. L'axe antéro-postérieur du globe est légèrement dévié vers la gauche. On suppose qu'il y a une collection purulente dans la loge postérieure de l'orbite. Cependant la température est relativement peu élevée, elle est ce matin de 37°7. M. d'Oelsnitz, interne du service, fait dans l'après-midi une légère incision du cul-de-sac de la conjonctive à l'angle externe de l'œil et, enfonçant la sonde cannelée de trois à quatre centimètres, essaye d'aller à la recherche de la collection purulente sans pouvoir l'atteindre. M. Roche, oculiste, est consulté à ce moment : il est d'avis que le pus n'est pas encore formé, mais qu'il y a simplement infiltration de sérosité dans les tissus, M. Roche conseille donc de s'abstenir de toute intervention pour le moment et dit qu'il est préférable d'attendre que le pus se rapproche plus manifestement de l'extérieur.

Le 4 mars. — L'exophtalmie est considérable. La température marque 37°5. Aucune manifestation générale jusqu'à présent.

Le 5 mars. — Les phénomènes oculaires n'ont pas empiré. La vision est parfaitement conservée. L'oculiste conseille toujours d'attendre.

Les 5 et 6 mars la température est revenue plus près de 37°.

Le 6 mars. — Ce matin l'état local paraît plus sérieux. L'œil est encore plus saillant et très dur à la palpation. La conjonctive forme un énorme chémosis qui recouvre presque la cornée. Cependant il n'y a pas de douleur spontanée. L'enfant

est gai et s'amuse toute la journée. Il ne souffre que quand on palpe son œil. Dans l'après-midi il se produit un écoulement spontané d'une petite quantité de pus au niveau de l'angle interne de l'œil.

Le 7 mars. — La température est remontée vers 38°. On a alimenté un peu le malade hier : ce qui, peut-être, explique cette légère élévation de température.

Le 8 mars. — L'abcès s'est ouvert à la partie supérieure et interne de l'orbite. Une grande quantité de pus s'est écoulé. L'œil s'est affaissé notablement. A la pression on fait sourdre du pus par l'ouverture décrite. La température revient à 37°.

Le 9 mars. — L'œil s'est encore affaissé de lui-même. L'enfant parvient à soulever lui-même un peu sa paupière. L'œil a recouvré en partie ses mouvements. Il existe encore un chémosis.

Le 10 mars. — L'amélioration persiste. L'œil s'est encore affaissé depuis hier. La mobilité s'accroît.

Le 11 mars. — L'œdème a encore diminué. Il n'y a pas eu de suppuration hier. L'œil est encore en strabisme externe, mais l'enfant peut le ramener en dedans.

Le 12 mars. — L'œdème a encore diminué. Les mouvements de l'œil sont plus libres.

Les 13 et 14 mars. — L'enfant ouvre la paupière complètement.

Le 16 mars. — Il n'y a plus qu'une légère tuméfaction de la paupière.

Le 20 mars. — L'enfant est rétabli et conserve simplement un peu de gonflement de la paupière supérieure au niveau de l'angle interne de l'œil. L'œil est mobile dans tous les sens. L'enfant n'accuse aucune douleur. Il quitte l'hôpital.

OBSERVATION LXXVI

Scarlatine. Kyste du cordon. Orchite et épидидymite.
Vaginalite. Urticaire.

L. A..., âgé de 9 ans 1/2.

Il est entré à l'hôpital le 24 janvier. Il est admis en chirurgie salle Giraldès pour kyste du cordon opéré le 27. Il est contaminé de scarlatine qui évolue sans particularités, sauf deux complications.

1^o Urticaire. L'enfant a sur la figure une papule d'apparence ortiée et quelques plaques rouges avec bouffissure sous-jacente qui dénotent la présence d'une éruption ortiée limitée à la figure. L'urticaire coexiste avec l'éruption de scarlatine.

2^o En desquamation avancée, on voit survenir une orchite et une épидидymite avec vaginalite, complications constatée du côté où a eu lieu l'opération.

Remarque. — L'orchite et l'épididymite de nature infectieuse se voient surtout dans les oreillons, se voient encore dans la variole, mais sont très rares dans la scarlatine. D'après Mollière et Augagneur (1) il n'existerait qu'une seule observation d'orchite scarlatineuse chez un enfant de dix ans. L'inflammation était surtout caractérisée par l'abondance de l'épanchement dans la vaginale qui se résorba très lentement. En tout cas, chose certaine, ces complications

1. *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby, Marfan), 1897-1898.

sont rares dans la scarlatine. Il n'est pas démontré dans le cas actuel que nous soyons en présence d'une complication de la scarlatine ; mais nous pouvons bien admettre que les phénomènes constatés ont une certaine relation avec l'opération de kyste du cordon, d'autant plus que ces constatations ont lieu du même côté.

OBSERVATION LXXVII

Scarlatine avec pleurésie séro-fibrineuse.

E. L..., âgé de 12 ans.

Il est entré le 23 avril.

Antécédents. — Nuls.

Etat actuel. — Dans la nuit du 22 au 23 avril l'enfant a eu un point de côté violent du côté droit qui a persisté jusqu'au matin. Il a eu des épistaxis. Le matin paraît l'éruption.

Le 24 avril. — Il est vu à la visite du matin. La langue est saburrale, un peu sèche. La gorge rouge, sans exsudat. L'éruption est bien accusée sur tout le corps. La maladie se complique de pleurésie droite. Pas d'albumine dans les urines. On a : 3708. Etat général satisfaisant.

Les signes de pleurésie sont les suivants : Submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, diminution du murmure vésiculaire, frottement moelleux au même niveau avec râles sous-crépitaux fins à la toux, abolition presque complète des vibrations thoraciques, un peu d'égophonie.

Il reçoit une injection préventive : 10 centimètres cubes de sérum.

Le 25 avril. — La langue est dépouillée sur les bords. Desquamation sur tout le corps. Examen du poumon droit : matité dans toute la hauteur, vibrations thoraciques abolies dans le tiers inférieur, diminuées dans le tiers moyen, normales dans le tiers supérieur. A l'auscultation abolition du murmure vésiculaire en bas, diminution à la partie moyenne, respiration supplémentaire en haut ; râles sous-crépitaux fins à la partie moyenne dans les grandes inspirations et la toux. Egophonie dans la partie inférieure.

Le 27 avril. — Langue dépouillée. Eruption encore marquée. Desquamation bien établie. Etat général satisfaisant.

L'examen du poumon droit donne lieu aux mêmes constatations qu'hier. Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz ramène un liquide séreux avec lequel on ensemence un tube de gélatine (résultat négatif).

Traces d'albumine : On a 380.

Urticaire ; il a été injecté préventivement le 24.

Le 29 avril. — Aux signes pulmonaires déjà donnés s'ajoutent du souffle pleurétique dans les deux tiers supérieurs du poumon, de la pectoriloquie aphone, de l'égophonie.

Le 30 avril. — Léger retour des vibrations thoraciques.

Le 1^{er} mai. — Le murmure vésiculaire est revenu davantage en bas. L'épanchement diminue, Albumine.

Le 2 mai. — Auscultation pulmonaire comme hier. L'égophonie n'est plus aussi nette. Les vibrations thoraciques ne sont pas encore revenues. Il y a encore du liquide.

Le 4 mai. — Frottements à la base droite. Submatité. Vibrations très diminuées.

Le 7 mai. — Langue saburrale. Gorge normale.

Examen du poumon : léger souffle au niveau de la pointe

inférieure de l'omoplate, frottements au-dessous, légère submatité.

Le 8 mai. — Langue saburrale. Gorge normale. Frottements à la base droite. On entend la respiration dans toute la hauteur.

Les jours suivants la pleurésie continue à s'améliorer.

La scarlatine et la pleurésie ont évolué dans des conditions ordinaires sans jamais soulever aucun présage mauvais. On n'a toujours en somme qu'une température modérée. L'enfant est sorti guéri le 1^{er} juin.

OBSERVATION LXXVIII

Scarlatine déjà avancée. Otite. Néphrite aiguë. Amélioration très marquée.

C. A..., âgé de 5 ans.

Il est entré au service le 29 août en desquamation avancée.

Antécédents. — Rien d'important.

Etat actuel. — Entré le 29 août. Le début de sa scarlatine remonte à trois semaines. Il entre à l'hôpital en desquamation avancée, sa scarlatine est compliquée d'albuminurie et d'otite droite. L'enfant a de l'anasarque intense ; le taux de l'albumine s'élève à 5 grammes. L'état général est bon. Température normale.

Le 10 septembre. — On note une diminution de l'anasarque, 3 grammes d'albumine.

Le 30 septembre. — L'albumine persiste encore. L'enfant s'est amaigri. On substitue au régime lacté absolu le régime lacté mitigé : lait, bouillies préparées avec du bouillon de légumes.

Du 30 septembre au 6 octobre inclus, on donne à l'enfant du tannin (50 centigrammes pendant quatre jours et 25 centigrammes les trois derniers jours). Le tannin est supprimé le 6 octobre.

On règle l'alimentation avec du lait, du bouillon aux légumes et deux œufs. Du 30 septembre au 6 octobre on a obtenu une amélioration des urines, jusqu'au 12 octobre les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

Du 13 au 19 octobre, nouvelle poussée d'albuminurie :

0 gr. 50 les deux premiers jours ;

0 gr. 75 le troisième jour ;

0 gr. 50 les quatrième et cinquième jours ;

0 gr. 25 les trois derniers jours.

Le 13 octobre on a modifié l'alimentation qui se borne à des bouillies sucrées au lait.

Du 19 au 25 octobre les urines ne contiennent que des traces d'albumine. L'enfant quitte l'hôpital le 25 octobre. Il a gardé le lit pendant tout son séjour à l'hôpital. Il est bien amélioré comparativement à la situation où il se trouvait à son entrée le 29 août. Mais il n'est pas guéri.

OBSERVATION LXXIX

Scarlatine. Néphrite aiguë. Enfant retiré de l'hôpital avant l'évolution complète de la maladie.

R. L., âgé de 9 ans (frère de l'enfant de l'observation 29).

Antécédents. — Né à terme. Nourri au sein. Rougeole à 4 ans. Pas d'autres maladies. Contaminé comme son frère par un autre enfant de la famille et à la même époque.

Etat actuel. — Il est tombé malade à peu près en même

temps que son frère et dans les mêmes circonstances. Il a été soigné dans des conditions aussi défectueuses que lui.

Le 30 juillet (son frère est actuellement dans le coma) il s'est plaint de maux d'estomac et de tête. On l'amène aussi au pavillon. La desquamation a disparu. Nous le voyons le 31 juillet. Température à la normale. Etat général bon. La face est bouffie, œdème du scrotum. Les urines contiennent environ 8 grammes d'albumine.

Le 4 août. — L'œdème diminue et l'albumine aussi (il y en a 4 grammes).

Le 5. — L'enfant a une crise de convulsions. L'enfant tombe dans le coma malgré la diminution de l'albumine.

Le 7 août. — On lui pratique à midi une saignée au pli du coude et on retire 150 grammes de sang. Pendant son séjour à l'hôpital il n'a jamais eu beaucoup de fièvre (pas au-dessus de 38°), et la température est restée le plus souvent voisine de la normale 37°. La mère le reprend dans la journée. On nous dit qu'il avait repris connaissance dans la soirée et on nous apprend qu'il va bien malgré l'alimentation et des boissons alcooliques.

OBSERVATION LXXX

Scarlatine avancée. Néphrite aiguë. Guérison.

C. J..., âgé de 8 ans (frère de l'enfant obs. LXXVIII).

Cet enfant a été contaminé par son frère.

Il est entré le 8 septembre. Le début de la scarlatine remonte à huit jours. A son arrivée il est en desquamation. Etat général bon. Température normale. Depuis hier la mère

a remarqué que l'enfant était bouffi, ce qui détermine son envoi à l'hôpital.

C'est une scarlatine compliquée d'albuminurie.

Il est dans un état analogue à son frère, mais moins grave : l'anasarque est moins accentuée ; l'albuminurie ne résiste pas autant et disparaît plus facilement, elle est bien appréciable à l'entrée le 8 septembre et le 3 octobre on note qu'il n'y a plus d'albumine dans les urines.

Il a été soumis à un traitement similaire à celui que nous avons exposé à propos de son frère.

Le 14 octobre la température passe de 37° le matin à 39° le soir.

Le lendemain 15 octobre la température revient à la normale pour y rester. Cette modification thermique coïncide avec un mal de gorge passager qui n'existait plus le lendemain de son apparition ; il n'y a pas lieu d'insister sur ce fait qui n'est en l'espèce qu'un détail sans importance.

L'enfant est sorti le 18 octobre, depuis le 3 octobre on n'a pas trouvé d'albumine dans les urines.

OBSERVATION LXXXI

Scarlatine avancée. Néphrite avec hématurie. Guérison.

D... J.-B..., âgé de 7 ans.

Il est entré au service le 31 août. Rien d'important dans les antécédents. Entré le 31 août. Il desquame. Le début de sa scarlatine remonte à trois semaines. L'enfant a continué à manger et n'a jamais gardé le lit. L'anasarque est intense, albuminurie notable, hématurie légère. L'état général est bon. Température normale,

Le 10 septembre. — On ne trouve plus d'albumine dans les urines, mais elles restent rouges. L'état du petit malade continue à s'améliorer sous l'influence du régime. Il quitte l'hôpital le 27 septembre.

OBSERVATION LXXXII

Scarlatine. Un cas de récurrence (nous le considérons comme contestable).

M. G..., âgé de 10 ans 1/2.

Entré au pavillon le 29 mars.

Antécédents héréditaires. — Père cardiaque. Mère bien portante. Un autre enfant en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein aurait déjà eu la scarlatine à huit mois : A eu la rougeole à sept ans. On ne signale pas la scarlatine dans l'entourage.

L'enfant aurait eu la scarlatine à huit mois ; la mère a été interrogée avec beaucoup d'insistance :

1° Il a eu des vomissements ;

2° Il a été très rouge partout ;

3° Il a desquamé nettement (la desquamation était générale) deux ou trois jours après l'éruption ;

4° Il n'y avait pas de scarlatine à l'entourage.

Telles sont les déclarations que la mère a faites ; elle est très affirmative pour dire que son enfant a déjà eu une fois la scarlatine, à l'âge de huit mois.

Etat actuel. — L'enfant est entré au pavillon Trousseau le 29 mars 1903. Il a eu une scarlatine normale sans complications. Il est sorti guéri le 7 mai. Rien de spécial à dire sur

la maladie actuelle. Cette observation a été rapportée à cause des renseignements.

OBSERVATION LXXXIII

Scarlatine avec rechute. Diphtérie.

D. J..., âgée de 3 ans.

Cette enfant est entrée dans le service avec éruption le 14 décembre 1902. La maladie a suivi son cours sans complications. Elle desquame depuis le 19 décembre. Elle a toujours présenté d'énormes amygdales sans exsudat et un peu d'engorgement ganglionnaire à gauche... La température a toujours oscillé entre 37° et 37°8.

Le 11 janvier. — Cette température a commencé à monter.

Le 14, elle monte brusquement à 40° le matin.

14 janvier. — Langue blanche sur le dos. Gorge rouge avec grosses amygdales et point d'exsudat à gauche. Placards érythémateux sur tout le corps (éruption). Ganglions à gauche.

Température : 40° et 39°2 (matin et soir).

16 janvier. — L'éruption s'atténue. Gorge, culture : bacilles courts. Température comme hier soir.

17 janvier. — Gorge rouge sans exsudat. La courbe de la température offre une grande oscillation : 39°2 hier soir ; aujourd'hui 37°8 et 39°8 (matin et soir).

19 janvier. — La langue paraît dépouillée sur les bords. Gorge normale, éruption disparue depuis le 17. Adénite diminuée. Hier 18 la température s'est tenue sur 40°. Aujourd'hui on a : 40°8 et 40°4 (matin et soir).

La température reste au même niveau les 20 et 21.

Le 22 janvier. — On a 39°6 et 38°8 (matin et soir).

Du 22 au 24 la température reste près de 39°1 ; le soir du 24 on a 38°. Un séro-diagnostic de fièvre typhoïde fait le 22 est resté négatif. La gorge est devenue normale.

25 janvier. — Dès ce jour la température est revenue à 37° et ne s'en écarte plus sensiblement.

Du 19 au 26 on a soumis la malade à la balnéation. L'amélioration est rapide. L'état général est bon. Pas de desquamation. Elle est sortie le 1^{er} février.

OBSERVATION LXXXIV

Scarlatine avec rechute.

L. R..., âgée de 20 mois.

Elle est entrée le 15 février. Rien de particulier dans les antécédents.

Elle est malade depuis le 12, l'éruption est apparue le jour même.

Le 15 février. — A son entrée la langue est dépouillée, la gorge est rouge sans exsudat. Desquamation commencée au cou, généralisée le 18, terminée le 6 mars.

Le 14 mars. — Hier, vers 2 heures de l'après-midi est survenu un érythème intense sur le cou et le thorax. Ce matin l'érythème est généralisé, il est pointillé sur le tronc et les membres, diffus et rouge vineux au cou. Langue et gorge normales. Le surlendemain 15, l'éruption d'hier est encore aussi intense.

Le 16 mars. — Langue humide et framboisée. Gorge un

peu rouge sans exsudat. Desquamation très marquée au cou et aux fesses. L'éruption persiste assez vive.

Le 17 mars. — L'éruption est encore accusée. La desquamation envahit le thorax.

Le 19 mars. — Langue et gorge normales. Desquamation sur le corps ; larges lambeaux aux pieds.

Le 30 mars. — La desquamation est à peu près terminée. Elle recommence à manger. Depuis son entrée à l'hôpital la température est toujours restée entre 37° et 38°.

Le 2 avril. — Elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION LXXXV

Scarlatine avec rechute. Récidive.

B. S..., âgée de 2 ans 1/2.

Elle est entrée le 24 mars.

Antécédents. — Parents bien portants. Nourrie au sein jusqu'à six mois, puis au biberon. Scarlatine l'an dernier.

Etat actuel. — Elle est malade depuis huit jours. Mal à la tête et à la gorge, vomissements. L'éruption paraît le 23 mars.

Le 25 mars. — Vue à la visite. Langue dépouillée. Enormes amygdales. Gorge rouge intense sans exsudat. Eruption de moyenne intensité sur tout le corps.

Le 27 mars. — La gorge à peine rouge, l'éruption à peu près disparue.

Le 30 mars. — La desquamation commence sur tout le corps. La température oscille entre 38° et 39° depuis l'arrivée.

Les 29 et 30 elle dépasse 39°. Du 1^{er} au 9 avril elle se tient vers 38°.

Le 6 avril est apparue une otite droite.

Le 10 avril — L'otite droite donne un pus abondant. La mastoïde est douloureuse à la pression. Il y a un peu de bronchite et de coryza. Les amygdales deviennent énormes, très rouges, avec points pultacés. La température subit une élévation brusque ; hier soir on avait 37°6 ; aujourd'hui on a 39° et 40°6 (matin et soir).

Du 10 au 14. — Température à oscillations entre 38° et 40° (rémission matutinale). La rougeur et l'exsudat ont disparu dans la gorge. Le 13, est survenue une otite gauche. Les deux oreilles coulent abondamment, les mastoïdes paraissent saines.

Le 15 avril. — Apparition d'une éruption pointillée sur tout le corps et de faible coloration mais qui est plus intense le lendemain 16. L'enfant, hier assez abattue, est en prostration. Les 15 et 16 la température reste élevée, près de 40°.

Le 17 avril. — Brusque défervescence, la température revient auprès de 37°. La prostration est moins accusée. Elle tousse un peu. L'éruption est très vive ce matin sur tout le corps, c'est un pointillé assez confluent sur le tronc, des bandes rougeâtres sur les membres séparées par des intervalles de peau saine.

Le 20 avril. — L'éruption est à peu près disparue complètement.

Le 23 avril. — La desquamation est terminée. Pas de nouvelle desquamation après la seconde éruption. Elle reçoit 5 centimètres cubes de sérum. Les deux otites coulent toujours abondamment. La température n'est plus remontée et est restée près de la normale depuis le 17. Sortie le 29 avril.

OBSERVATION LXXXVI

Scarlatine avec rechute.

B. H. . . âgé de 8 ans 1/2.

Il est entré le 8 mai.

Antécédents. — Il a eu la rougeole à trois ans et la varicelle six mois après; la coqueluche à cinq ans.

Etat actuel. — Début le 5 mai, l'éruption apparaît le jour même.

Il est vu à la visite le 9 mai. Langue dépouillée. Gorge rouge sans exsudat. Eruption de moyenne intensité. Il desquame le 11 mai et le 12 juin la desquamation est terminée. Il était entré au pavillon Trousseau en pleine évolution de scarlatine qui a été normale.

Le 12 juin. — Le petit malade se plaint de la gorge qui est rouge.

Le 18 juin. — Seconde éruption de scarlatine; forte rougeur de la gorge, langue dépouillée.

Le 20 juin. — L'éruption a disparu. La desquamation commence au niveau des aines et se continue jusqu'au 1^{er} juillet.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, la température ne s'est jamais beaucoup élevée allant rarement à 38°.

L'enfant est parti guéri.

OBSERVATION LXXXVII

Scarlatine avec rechute.

C. J..., âgé de 3 ans 1/2.

Il était soigné en chirurgie salle Giraldès (opération de hernie).

Entré au pavillon le 25 juillet avec une éruption de scarlatine. Le début en remonte à trois jours ; elle a une évolution normale. Aucune complication.

Le 29 août il se produit une brusque ascension thermique à 40°. Le lendemain : éruption de scarlatine, pointillée, peu accusée. La gorge est rouge avec un point exsudatif. Langue typique. La température reste à 40° le soir pendant deux jours puis redevient normale. L'éruption a duré trois jours. Pas de desquamation. Il quitte l'hôpital le 11 septembre.

OBSERVATION LXXXVIII

Scarlatine avec rechute. Ecthyma. Impétigo. Infection de l'aisselle gauche.

T. F..., âgé de 1 an 1/2.

Il est entré à l'hôpital le 4 février en chirurgie salle Moland pour adénite cervicale suppurée. Passé le même jour au service des douteux : éruption probable à cette époque, mais peu nette. Passé à la scarlatine le 13 février.

On a 38°. Il y a de la desquamation notoire aux mains et aux pieds. Mais il n'y a jamais eu de desquamation ailleurs.

Les 15 et 16 la température est normale. Elle remonte le 17 et revient à la normale le 19.

Il y a de l'impétigo du cuir chevelu.

Le 21 février. — On observe deux ou trois vésicules isolées sur le tronc et coïncidant avec une élévation de température notable qui évolue depuis le 20 entre 38° et 38°6. A soupçonner au point de vue varicelle, mais les vésicules du tronc sont trop rares, purulentes d'emblée ; nous ne devons pas accepter l'idée de varicelle : nous sommes en présence d'une éruption ecthymateuse liée à l'impétigo du cuir chevelu.

Le 25 février. — Ascension de température marquée : 39,2. L'enfant présente une nouvelle éruption de moyenne intensité sur tout le corps. Grosses amygdales. Gorge rouge sans exsudat. Langue desquamée.

Le 26 février. — L'enfant a un phlegmon à la partie antérieure de l'aisselle à gauche. Le phlegmon s'est guéri sans suppuration, il a été incisé avant.

Le 27 février. — L'éruption de scarlatine n'existe plus, mais pas encore de desquamation.

Le 28 février. — La température est revenue à 38°.

Le 2 mars. — Début d'une desquamation légère au cou.

Du 7 au 14 mars. — Desquamation légère aux pieds. La température oscille en 37° et 38°.

Le 20 mars. — Eruption miliaire au tronc en avant et en arrière.

Le 22 mars. — La température est normale. L'enfant s'en va sur la demande de sa mère.

OBSERVATION LXXXIX

Varicelle ayant débuté par un rash scarlatiniforme.

S. A..., âgée de 2 ans 1/2.

Antécédents. — Parents bien portants. A eu la rougeole l'an dernier.

Etat actuel. — Le 5 janvier. — Début : céphalée, diarrhée, fièvre.

Le 6 janvier. — Elle a deux crises violentes de convulsions et l'éruption apparaît. On la conduit aussitôt à l'hôpital (7 heures du soir). A ce moment la température est à 40°.

Le 7 janvier. — Langue presque totalement dépouillée. Gorge rouge sans exsudat. Eruption pointillée plus accusée sur les membres. Deux ou trois boutons de varicelle sur la face et le tronc.

Le 8 janvier. — Langue framboisée. Eruption atténuée. Un peu de conjonctivite de l'œil gauche. Boutons de varicelle plus nombreux. Température : 39°6 et 38°4 (matin et soir).

Le 9 janvier. — La langue devient humide et vernissée. La varicelle semble avoir terminé sa poussée.

Le 10 janvier. — Eruption disparue. Nouveaux boutons de varicelle. L'enfant est très gaie.

Le 12 janvier. — Langue et gorge normales. Depuis le 9 janvier, la température reste vers 38°.

Le 13 janvier. — Langue un peu saburrale. La varicelle se dessèche.

Le 23 janvier. — L'enfant recommence à manger, n'a jamais eu d'albumine dans les urines.

Le 25 janvier. — L'enfant est rendue complètement rétablie à sa famille. A aucun moment elle n'a présenté de traces de desquamation. On a étiqueté son cas :

Varicelle avec rash scarlatiniforme au début.

OBSERVATION LC

Varicelle ayant débuté par un rash scarlatiniforme.

L. A..., âgée de 6 ans.

Entrée le 28 janvier.

Antécédents. — Parents bien portants. Quatre enfants dont un mort de méningite. Elle est née à terme. Nourrie au sein maternel. Jamais malade auparavant, sauf bronchite grippale le 2 janvier dernier.

Etat actuel. — Le 20 janvier. — Entrée au service des douteux. On constate : une éruption peu nette et pointillée sur le thorax et la face externe des jambes. Gorge rouge avec grosses amygdales et exsudat (culture : cocci). Langue saburrale et dépouillée à la pointe. Engorgement ganglionnaire cervical.

Le 23 janvier. — L'exsudat amygdalien s'est accentué, on passe l'enfant à la diphtérie. Lesensemencements ne révèlent que des cocci.

Le 27 janvier. — On croit constater un peu de desquamation sous les talons, on envoie la malade à la scarlatine.

Le 28 janvier. — Langue blanche. Gorge rouge avec grosses amygdales semées d'exsudat. Ni éruption ni desquamation. Quelques ganglions cervicaux.

Le 2 février. — Langue rouge à la pointe, humide et ver-

nissée. Gorge moins rouge, des traces d'exsudat. Plus d'adénite cervicale. Eruption de varicelle.

Le 3 février. — La langue paraît se dépouiller. Plus d'exsudat dans la gorge. Nouvelle poussée de varicelle.

Le 4 février. — Fièvre: 39°.

Le 5 février. — Langue un peu saburrale. Quelques bulles de varicelle sur le voile du palais et l'amygdale gauche, Varicelle très confluyente sur tout le corps.

Le 7 février. — Langue normale. Tous les boutons de varicelle suppurent spontanément.

Le 9 février. — Langue et gorge normales. La varicelle se dessèche.

Le 10 février. — Elle commence à manger. Depuis qu'elle est à la scarlatine la température a été normale ou peu élevée entre 37° ou vers 38°, sauf le 4 février où on a eu 38°8 et 39°6 (matin et soir). Pas d'albumine dans les urines.

Le 19 février. — L'enfant est rendue à sa famille. On n'a jamais constaté de desquamation. Elle a eu seulement la varicelle.

OBSERVATION XCI

Angine à cocci et bacilles longs. Erythème scarlatiniforme.

Phénomènes d'intoxication mercurielle.

R. E..., âgé de 4 ans.

Il est entré au service des douteux le 3 février 1903.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Deux frères en bonne santé. Neuf autres enfants morts en bas âge de troubles gastro-intestinaux. Tous élevés au biberon.

Antécédents personnels. — Né à terme. Elevé au biberon comme ses frères. Rougeole à trois ans, suivie d'une bronchite. En juin dernier, angine diphtérique.

Etat actuel. — Le 29 janvier. — Début. L'enfant souffre de la gorge. Pas de vomissements. Un peu constipé. Engorgement ganglionnaire : trois onctions d'onguent napolitain sur prescription du médecin de ville (à la suite l'enfant eut une salivation intense).

Le 3 février. — Entré à l'hôpital aux douteux. Eruption rouge sur le corps avec petites vésicules dans la région du cou. Muguet.

Les 6 et 7 février. — 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, en tout 40 centimètres cubes.

Le 12 février. — Langue blanchâtre au milieu, framboisée sur les bords, semblant peut-être un peu dépouillée. Amygdales grosses avec des points d'exsudat qu'on trouve aussi sur la luette. Culture : Cocci et bacilles longs. Il y a une éruption d'urticaire généralisée sur tout le tronc et au cou apparue ce matin. Cet urticaire s'explique par les injections de sérum. On fait passer l'enfant des douteux à la scarlatine.

Le 13 février. — Vu à la scarlatine. Ni éruption ni desquamation scarlatiniformes. La gorge se déterge, mais il y a encore de l'exsudat. Petite ulcération sur l'amygdale gauche. L'éruption d'urticaire est atténuée au tronc, mais il y a des plaques étendues sur le siège.

Le 14 février. — Un seul point d'exsudat à gauche.

La température :

Du 3 au 8 février : vers 39°.

Les 9 et 10 : 38°.

Du 11 au 14 : vers 39°.

Le 15 : vers 38°5.

Les 16 et 17 : 38° environ.

Du 18 au 22 : la température est descendue, elle revient à la normale.

Le 22 février. — L'enfant quitte l'hôpital. Il va bien. Il s'en va sans desquamation de scarlatine.

Remarque. — L'urticaire s'explique par les injections de sérum antidiphtérique. L'éruption constatée le 3 février aux douteux n'est pas suffisamment démontrée de nature scarlatiniforme, elle peut être liée à l'hydrogyrisme. C'est plutôt l'aspect de la langue constaté le 12 février qui a donné l'idée de scarlatine. Le 20 février on est toujours sans desquamation et il s'en va le 22 rétabli et sans avoir desquamé. Cet enfant n'a pas eu la scarlatine. Notons que dans la diphtérie il est possible de voir survenir une éruption d'aspect scarlatiniforme (Germain Sée).

OBSERVATION XCII

Infection naso-pharyngo-otitique. Eruption légère. Pas de desquamation.

D. C..., âgé de 2 ans 1/2.

Entré le 10 février en chirurgie salle Giraudeau pour y subir l'opération de la staphyloporrhaphie. Passé à la scarlatine le 14 février. A son arrivée on trouve : la langue blanchâtre, du muco-pus abondant dans la gorge (culture : bacilles courts). On constate une éruption uniforme de faible intensité et passa-

gère (un jour). Température : 38° (les jours suivants jusqu'à son départ, elle restera toujours entre 37° et 38°).

Le 20 février. — Otite gauche.

Le 27 février. — L'otite persiste, mais atténuée.

Le 3 mars. — Plus d'otite.

Le 14 mars. — Coryza.

Le 22 mars. — Quitte l'hôpital et la desquamation n'a pas eu lieu.

Remarque. — En présence de cette observation on pouvait penser à la scarlatine et cela d'autant plus qu'à la même époque d'autres cas de scarlatine nous sont venus de la salle Giralès. Mais la desquamation n'a jamais eu lieu. Et en tout cas, s'il y a eu scarlatine, elle a été très légère : dans la scarlatine légère l'éruption est peu marquée, la desquamation est plus tardive.

OBSERVATION XCIII

Erythème scarlatiniforme. Torticolis. Pas de desquamation.

P. M..., âgée de 15 ans.

Elle est entrée le 11 mars. En traitement depuis longtemps à la salle Blache (service de M. Richardière) pour incontinence d'urine.

Le 9 mars (matin). — On constate un érythème scarlatiniforme sur tout le corps. La température est à 38°. Légère rougeur de la gorge. Les 10 et 11 cette éruption va en s'accroissant. La température évolue aux environs de 38°. On la passe à la scarlatine.

Le 11 mars. — Langue saburrale, rouge sur les bords. Gorge légèrement rouge, un peu de muco-pus. Peut-être des traces d'éruption sur la face interne des cuisses. Température : 38°.

Le 12 mars. — Aucune trace d'éruption.

Le 13 mars. — La langue paraît se dépouiller.

Le 14 mars. — Douleurs dans l'épaule droite.

Le 16 mars. — Langue un peu saburrale. Gorge normale. Torticolis.

Le 17 mars. — Torticolis disparu.

Le 20 mars. — Langue normale.

Le 27 mars. — Recommence à manger. Depuis le 12 la température reste vers 37°. Pas d'albumine dans les urines.

Le 6 avril. — Retourne salle Blache. N'a jamais desquamé. N'a pas eu la scarlatine.

OBSERVATION XCIV

Angine grave à Cocci et à bacilles de Loeffler. Asthénie. Etat général très touché. Haleine fétide. Jetage nasal. Eruption scarlatiniforme transitoire.

R. M..., âgée de 2 ans 1/2.

Entrée le 14 avril.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un enfant mort le 8 avril de scarlatine.

Antécédents personnels. — Née à terme. Coqueluche il y a deux ans.

Etat actuel. — Malade depuis le 8 avril, se plaint de la gorge. Jetage nasal. Fièvre et insomnie. Un médecin appelé pense à la diphtérie et la fait conduire à l'hôpital. Elle rentre

le 9 avril au service de la diphtérie. Le 9 et le 10 on injecte 140 centimètres cubes de sérum. Un exsudat pseudo-membraneux tapisse les deux amygdales (culture : cocci).

Le 10 avril. — Eruption scarlatiniforme.

Le 12 avril. — Nouvelle culture : cocci.

Le 14 avril. — On est convaincu qu'il s'agit seulement de scarlatine et on nous passe la malade.

Le 15 avril. — Langue saburrale. Exsudat sur l'amygdale gauche. Haleine très fétide. Rien comme éruption. Jetage nasal. Ventre très météorisé. Pas de selles depuis hier. Engorgement des ganglions sous-maxillaires. Il est impossible de recueillir les urines. L'abattement est assez accusé. Température à 39°4. Pouls à 120.

Le 16 avril. — L'exsudat s'est étendu sur les piliers, les deux amygdales. Haleine extrêmement fétide. Ecoulement purulent par le nez. Quelques ronchus pulmonaires. Température à 38°8, Prostration et oppression extrêmes.

Le 17 avril. — L'enfant est très mal ce matin. Température 39°4. Pouls à 180. Respiration expiratrice, soixante-dix mouvements respiratoires à la minute. Etat semi-comateux. A l'examen de la gorge, l'ulcération de la luette et de la face interne de l'amygdale gauche s'est encore accusée. Sur le voile, les piliers, les bords de la langue, ulcérations étendues remplies d'un enduit grisâtre. Haleine très fétide. L'enfant refuse absolument de s'alimenter. A l'auscultation des poumons on trouve des râles muqueux à droite. L'enfant a la nuque fortement renversée en arrière. Pupilles rétrécies. Raie vaso motrice. Constipation prononcée. Une seule selle depuis l'entrée et à la suite de l'administration de magnésie calcinée. Le ventre est météorisé. Une culture faite hier : bacilles moyens.

Le 18 avril. — Ce matin la dyspnée est moins vive, le jetage nasal moins abondant. Cependant les yeux de l'enfant semblent se voiler. Le pouls est très rapide. Gorge comme hier. Température à 39°6.

Considérant que l'enfant n'a très probablement pas la scarlatine (pas d'éruption et aucune trace de desquamation) et que sa diphtérie semble faire de rapides progrès, tirage, etc., on le passe au service de la diphtérie. Il y est mort le même jour vers six heures du soir.

OBSERVATION XCV

Eruption à allure de roséole de cause inconnue.

G. L..., âgé de 8 ans 1/2.

Depuis le 30 mars il est soigné en chirurgie, salle Baffos, pour tumeur blanche du cou de pied. Passé à la scarlatine le 17 avril sur la constatation d'une éruption. Le 20 avril, on ne voit plus rien. Le 23 avril, par mesure préventive, on lui a fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiph-térique. Cet enfant n'a pas eu la scarlatine. L'éruption prise pour une éruption de scarlatine est la roséole.

OBSERVATION XCVI

Scarlatine. Eruption scarlatiniforme ultérieure.

C. J..., âgée de 6 ans.

Cette enfant est soignée au service des teigneux. Elle a eu une première fois la scarlatine et est venue le 12 mai en éruption. Sa scarlatine a été normale. Elle est retournée aux

teigneux le 21 juin. Elle revient ici le 18 août sur la constatation d'une nouvelle éruption éphémère qu'on avait prise pour une éruption de scarlatine. La malade a eu de la fièvre, de la bronchite ; la défervescence est survenue le 26 août et nous n'avons pas observé de traces de la desquamation. Nous ne pensons pas qu'il soit question ici d'une récidive de scarlatine.

OBSERVATION XCVII

Diphthérie grave Léger érythème scarlatiniforme. Décès.

C... E..., âgé de 4 ans 1/2.

Il est entré le 11 septembre, décédé le 12 septembre.

Antécédents. — Parents bien portants. Enfant né à terme. Nourri au sein jusqu'à treize mois. A marché à dix mois. Bronchite à neuf mois.

Etat actuel. — Le 8 septembre. — Début. Il s'est plaint de la gorge. Vomissements.

Le 10. — Apparition de l'éruption.

Le 11. — Arrive au pavillon où on le voit. Il a une angine diphthérique très intense : fausses membranes étendues sur les deux amygdales, jaunâtres, épaisses. Adénopathie marquée Légère albuminurie. Pouls petit, rapide. Le soir même on lui injecte à cinq heures vingt centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Puis la salivation devient abondante. Dyspnée sans obstacle laryngé (respiration rapide).

Le 12. — Même état qu'hier. Urine assez bien. Albumine. Le soir on trouve en lui une grande faiblesse. Le pouls est petit et rapide. Salivation et jetage malgré nettoyages fréquents de

la bouche. Même aspect de l'angine. Râles trachéaux. Aucun signe de sténose laryngée. Nouvelle injection, mais 10 cc. au lieu de 20 cc., sérum physiologique (100 gr.). Caféine, 0 gr. 10 centigrammes. Todd. A dix heures du soir il est agonisant. On appelle l'interne de garde qui croit à l'asphyxie pour croup et fait *in extremis* (et même *in mortuo*) une trachéotomie.

Autopsie. — Rien au larynx. Cœur dur, gardant sa couleur, mais gros. Il y a des caillots fibrineux dans le cœur gauche. Endocardite. Le bord libre de la grande vulve mitrale est notablement épaissi.

Remarque. — Rien ne prouve qu'il y ait eu scarlatine. A l'entrée on ne voyait presque rien sur la peau. Il y a eu probablement un érythème scarlatiniforme d'origine diphtérique.

OBSERVATION XCVIII

Erythème de cause inconnue.

C. S..., âgée de un mois.

Cette enfant n'a pas eu la scarlatine. Elle avait sur la face et tout le corps une rougeur uniforme sans caractères à son entrée le 14 novembre. Elle est sortie le 29 novembre sans que rien en faveur de la scarlatine n'ait été observé. Elle est en bon état.

OBSERVATION XCIX

Eruption passagère de cause inconnue.

G. E...., âgé de 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort tuberculeux à 37 ans il y a 10 ans. Mère atteinte de bronchite chronique.

Huit enfants dont celui-ci seul subsiste, les autres mouraient avant sept mois.

Antécédents personnels. — C'est un enfant qui tousse, digestions mauvaises, urine au lit. Poussées de fièvre de temps en temps. Il aurait eu la rougeole à sept mois.

Etat actuel. — Depuis quelques jours l'enfant semble plus particulièrement agacé. Le 24 mai la mère s'est aperçue d'une éruption et l'amène le 25 mai à l'hôpital où il est admis par le service de garde au pavillon de la scarlatine. Il est examiné le 26 mai à la visite : on constate une langue un peu rosée, une gorge un peu rouge, on n'observe aucune éruption. Rien ne fait penser à la scarlatine et M. Richardière la met fortement en doute : il fait passer l'enfant au service des douteux. Il ne nous est pas revenu ultérieurement au pavillon Trousseau. L'éruption constatée avait donc été mal interprétée.

DÉDUCTION

Notre travail a eu pour but d'exposer des faits constatés cliniquement dans un service de scarlatine pendant toute une année. Il corrobore en plusieurs points les enseignements de la pathologie. On ne saurait faire de bonne clinique si on ne possède pas bien la pathologie, et d'autre part la clinique fournit à la pathologie : il y a un enchaînement fatal entre ces deux formes d'étudier la médecine. La pathologie s'impose au médecin dans la pratique de l'art.

Nous sommes donc persuadé que les travaux analogues à notre tentative sont utiles et qu'il y a lieu de les réitérer : ce n'est pas d'un travail unique mais d'un grand nombre de travaux cliniques que résultent des conclusions définitivement acquises pour la pathologie. La sélection de ces conclusions n'appartient qu'aux hautes autorités scientifiques.

Quant à nous, ayant résumé chemin faisant chacun de nos différents chapitres, nous ne saurions faire davantage et nous ne pensons pas avoir à nous répéter sans raison.

Nous insistons cependant sur des faits qui sont importants dans la pratique :

1^o L'absence des complications rénales si courantes dans la scarlatine, ce qui démontre suffisamment combien il importe de soumettre rigoureusement les malades à l'hygiène appropriée (régime lacté et précautions contre le froid) pour éviter les néphrites.

2^o Les causes de notre mortalité sont dues à des infections secondaires, et l'antisepsie médicale bien observée est un moyen efficace dont nous devons user largement pour prévenir et pour lutter contre lesdites infections. Il est certain que la mortalité atteindrait sans cela un taux plus élevé.

En outre nous croyons que les angines diphtériques que nous avons rencontrées chez nos malades et le phlegmon de l'orbite (à cause de sa rareté comme complication de la scarlatine) sont au nombre des constatations les plus intéressantes que nous avons eu l'occasion de faire au cours de notre étude.

Vu : le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Le Pavillon Trousseau à l'hôpital des Enfants-Malades.....	14
CHAPITRE II. — De la tenue du cahier des observations.	21
CHAPITRE III. — Les entrées.....	27
CHAPITRE IV. — Les décès.....	34
Etat de la mortalité.....	36
Etude des causes de la mort.....	40
CHAPITRE V. — Généralités. Etude sur la contagion et les différentes périodes de la maladie.....	52
Contagion.....	53
Incubation.....	61
Invasion.....	64
Eruption.....	66
Desquamation.....	67
Table des collatéraux.....	71
CHAPITRE VI. — La fièvre dans la scarlatine.....	79
Scarlatines apyrétiques.....	79
Scarlatines normales.....	83
Scarlatines hyperthermiques.....	84
CHAPITRE VII. — Complications.....	91
Les angines.....	92

Adénites.....	108
Les otites. Mastoïdites.....	109
Complications gastro-intestinales.....	114
Complications pulmonaires.....	115
Complications cutanées, suppuratives, etc.....	118
Phlegmon de l'orbite.....	122
Orchite. Epididymite. Vaginalite.....	124
Rhumatisme scarlatin.....	124
Albuminurie et néphrites.....	128
Urticaire.....	134
Rougeole et varicelle.....	138
CHAPITRE VIII. — Récidives et rechutes.....	141
CHAPITRE IX. — Diazoréaction d'Ehrlich.....	146
CHAPITRE X. — Diagnostic.....	150
Rash prévaricellique.....	151
Erythèmes scarlatiniformes.....	153
CHAPITRE XI. — Traitement.....	158
Prophylaxie.....	165
OBSERVATIONS.....	168
DÉDUCTION.....	271